FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE & DE PHARMACIE
DE
MARSEILLE

N° 71

LES ULCÈRES RÉCIDIVANTS APRÈS GASTRECTOMIE

A propos du choix des techniques dans le traitement chirurgical des ulcères gastro-duodenaux

TRAVAIL DE L'INSTITUT MÉDITERRANÉEN DE MÉDECINE EXPÉRIMENTALE
Directeur : M. le doyen G. MORIN — Chirurgie : L. BARRAYA

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE
DEVANT LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

LE 15 JUILLET 1958

par

Raymond CHOFFÉ

Né le 29 Août 1926 à POUXEUX (Vosges)

Interne des Hôpitaux de Nice

pour obtenir le grade de « DOCTEUR EN MÉDECINE »

Examinateurs de Thèse

MM.
DE VERNEJOUL, *Président*
RECORDIER, *Assesseur*
DEVIN, *Assesseur*
HENRY, *Assesseur*

IMPRIMERIE DON-BOSCO - 40, Place du XV^e - Corps - NICE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545820_0030

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE & DE PHARMACIE
DE
MARSEILLE

N°

LES ULCÈRES RÉCIDIVANTS APRÈS GASTRECTOMIE

A propos du choix des techniques dans le traitement chirurgical des ulcères gastro-duodenaux

TRAVAIL DE L'INSTITUT MÉDITERRANÉEN DE MÉDECINE EXPÉRIMENTALE
Directeur : M. le doyen G. MORIN — Chirurgie : L. BARRAYA

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE
DEVANT LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

LE 15 JUILLET 1958

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

par

Raymond CHOFFÉ

Né le 29 Août 1926 à POUXEUX (Vosges)

Interne des Hôpitaux de Nice

pour obtenir le grade de « DOCTEUR EN MÉDECINE »

Examinateurs de Thèse

MM.
DE VERNEJOUL, *Président*
RECORDIER, *Assesseur*
DEVIN, *Assesseur*
HENRY, *Assesseur*

IMPRIMERIE DON-BOSCO - 40, Place du XVe - Corps - NICE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

PERSONNEL ENSEIGNANT

Doyen : G. MORIN. *Assesseur :* J. DELPHAUT.
Secrétaire principal : N... *Bibliothécaire :* M^lle^ PERRIN.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUDIBERT, BELTRAMI, BREMOND, GABRIEL, JOYEUX, HECKENROTH, MOIROUD, MONGES, RIMATTEI, ROCHE, CHAUVIN.

PROFESSEURS

Anatomie	MM. GRISOLI.
Anatomie pathologique	GASTAUT.
Bactériologie et Pathologie générale	BRAHIC.
Botanique et Cryptogamie	PELLISSIER.
Cardiologie clinique et expérimentale	JOUVE.
Chimie	DUMAZERT.
Chimie analytique et Hydrologie	ARNOUX.
Chimie médicale	DERRIEN.
Clinique chirurgicale	CARCASSONNE
Clinique chirurgicale	LAMY.
Clinique chirurgicale infantile et Orthopédie	SALMON.
Clinique chirurgicale thérapeutique et Chirurgie expér.	DE VERNEJOUL
Clinique exotique	BLANC.
Clinique des maladies du système nerveux	CREMIEUX.
Clinique médicale	MATTEI.
Clinique médicale	POINSO.
Clinique médicale thérapeutique	OLMER.
Clinique des maladies des voies digestives et de la nutrit.	RECORDIER.
Clinique médicale infantile	GIRAUD.
Clinique neuro-chirurgicale	PAILLAS.
Clinique obstétricale et gynécologique	CHOSSON.
Clinique ophtalmologique	JAYLE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	APPAIX.
Clinique de stomatologie	MARONNEAUD
Clinique Urologique	N...
Endocrinologie médicale	VAGUE.
Histologie	PICARD.
Hygiène et médecine sociale	SAUTET.
Matière médicale	BALANSARD.
Médecine légale et Médecine du travail	MOSINGER.
Parasitologie	RANQUE.
Pathologie interne	AUDIER.
Pathologie chirurgicale	DOR.
Pharmacologie	MERCIER F.
Pharmacie chimique et Toxicologie	VIGNOLI.
Pharmacie galénique	DELPHAUT.
Physiologie	MORIN.
Physique médicale	DUBOULOZ.
Thérapeutique	PIERI.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM. ROUX, DONNET, MOURGUE.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

MM. BERNARD P.
BOURRET.
DEPIEDS.
DESANTI.
GAMBARELLI.
GREBUS.
LISSITZKY.
MERCIER J.
PASTOR.
PAYAN.
TAMALET.

AGREGES EN EXERCICE

MM. BERNARD R.
CHARPIN.
CHAUVIN.
DEVIN.
GRANJON.
LAVAL.
MONGES.
MOUREN.
ORSINI.
PAOLI.
RAYBAUD.
SERMENT.

AGREGES LIBRES

MM. BERTHIER.
FIGARELLA.
HENRY.
IMBERT.
LENA.
OLLIVIER.
OURGAUD.

CHARGÉ DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFERENCE

Histologie ..... M. STAHL.

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGREGES

Hygiène et Médecine sociale ..... MM. GEVAUDAN.
Clinique dermato-syphiligraphique ..... CALAS.

A MA MERE,

A MON PERE,

En témoignage de ma profonde reconnaissance et de ma grande affection.

A MA FEMME,

A MA FILLE,

A MON FRERE,

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS,

A MES CAMARADES D'INTERNAT.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur DE VERNEJOUL,

Hommages respectueux et reconnaissants pour le très grand honneur qu'il me fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MON JURY DE THÈSE

Monsieur le Professeur RECORDIER,

Monsieur le Professeur agrégé DEVIN,

Monsieur le Professeur agrégé HENRY,

Hommages respectueux.

A mon Maître Monsieur le Docteur Louis BARRAYA,

Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse. Qu'il trouve ici l'expression de ma profonde gratitude.

Cet ouvrage n'est qu'un faible témoignage de ma sincère reconnaissance et de ma vive admiration.

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE NICE

Monsieur le Docteur P. MARIAU,

Monsieur le Docteur MINICONI,

Monsieur le Docteur GAILLARD,

Monsieur le Docteur ROMETTI,

Monsieur le Docteur MALGAT,

Monsieur le Docteur PRAT,

Monsieur le Docteur DARDILL,

Monsieur le Docteur DAVEO,

Monsieur le Docteur CIAUDO.

Monsieur le Docteur NICOLAS,

Monsieur le Docteur GASIGLIA

Monsieur le Docteur INGLESAKIS,

En témoignage de ma reconnaissance pour leur enseignement précieux.

I. - INTRODUCTION

Depuis longtemps, le problème des ulcères gastro-duodénaux est discuté, mais sa solution définitive ne semble pas encore être résolue car elle revient sans cesse à l'ordre du jour.

Si la pharmacopée permet de guérir un certain nombre d'ulcères, il en reste cependant beaucoup qui sont obligés de recourir au traitement chirurgical.

Voilà déjà soixante-quinze ans que les premières gastro-entérostomies furent faites. C'est à Von Hacker, en 1885, que revient le mérite d'avoir tracé les grandes lignes de cette intervention qui furent adoptées par Czerny, Billroth et Roux de Lausanne.

A peu près dans les mêmes temps, nous voyons naître la gastrectomie. Péan exécuta la première sur homme vivant en 1879.

Si la mortalité, pour cette intervention, est très sévère au début, la technique se précise et se modifie peu à peu. Billroth, Reichel et Polya la répandent et enfin Finsterer et Pauchet la rendent plus bénigne.

Depuis, ces deux interventions ont été bien modelées. Leur technique s'est perfectionnée, la mortalité est tombée à un taux relativement bas, mais, hélas, le problème ulcéreux n'est pas encore résolu car nous voyons toujours apparaître des ulcères récidivants. Et la discussion pour un traitement définitif de l'ulcère reste toujours ouverte.

Pour satisfaire le délai de justification, nous considérons qu'il faut examiner les résultats éloignés et surtout les résultats très éloignés qui permettront de juger une intervention qui a fait ses preuves, mais qui ne donne pas entièrement satisfaction. Nous pensons qu'il nous est permis d'émettre des réserves sur cette modalité de traitement.

S'il a fallu vingt ans pour jeter le discrédit vers 1930 au sujet de la gastro-entérostomie qui peu à peu a laissé la place à la gastrectomie, nous entrons dans la période où toutes critiques à propos de cette dernière sont entièrement justifiées.

Certainement, les résultats actuels sont meilleurs qu'il y a vingt ans, mais sont-ils dus uniquement à l'intervention elle-même ou grâce au progrès de tous les facteurs chirurgicaux entrant en ligne de compte ?

Même en négligeant les syndrômes fonctionnels consécutifs à la gastrectomie tels que le dumping-syndrom et l'anémie, la fréquence des ulcères récidivants est encore telle qu'elle empêche de considérer cette intervention comme une opération presque parfaite.

De l'avis de beaucoup, l'ulcère récidivant est une complication rare de la gastrectomie. Les statistiques à ce sujet sont très variables, ce qui est très compréhensible du fait de la difficulté pour les établir.

Telle qu'elle est techniquement réalisée, la gastrectomie, qui reste le meilleur traitement de l'ulcère, ne donne pas toujours des résultats parfaits. Est-il possible de l'améliorer ou faut-il la remplacer par une autre intervention donnant l'espoir de meilleurs résultats ?

L'étude des quarante-six cas de M. le Dr Barraya nous permettra de discuter une fois de plus cette question encore en mouvement.

PLAN

I. INTRODUCTION

II. CONSIDERATIONS SUR LES ECHECS DE LA GASTRECTOMIE PAR RECIDIVES D'ULCERES

Fréquence de l'ulcère récidivant

a) Etude des statistiques
b) Critique des statistiques

Etiologie des ulcères récidivants

a) Date d'apparition
b) Siège
c) Pourquoi fut pratiquée la gastrectomie ?
d) Moment propice
e) Technique de la gastrectomie faite

x) Etendue de la résection
y) Façon dont fut faite l'anastomose
z) Le type d'anastomose
Fonctionnement de l'anastomose

III. CONSTATATIONS ANATOMO-PATHOLOGIQUES DES ULCERES RECIDIVANTS

1. **Siège de la récidive**
2. **Nombre de récidives**
3. **Adhérences périulcéreuses et péritonéales**

IV. NOTIONS PATHOGENIQUES DE L'ULCERE RECIDIVANT POSTOPERATOIRE

1. **Fréquence, cause et durée de l'acidité résiduelle**
2. **Rôle du dysfonctionnement de l'anastomose**
3. **Rôle de la muqueuse jéjunale et son système de défense**
4. **Rôle de l'inflammation**

V. DONNÉES CLINIQUES ET RADIOLOGIQUES - DIAGNOSTIC

1. Signes fonctionnels et physiques

a) La douleur
b) Les différentes manifestations de la sténose
c) L'hémorragie

2. Signes généraux

3. Evolution et complications

a) L'hémorragie
b) La perforation
c) Les fistules gastro-jéjuno-coliques

4. La radiologie

5. Les examens complémentaires

a) La gastroscopie
b) Le tubage gastrique

6. Diagnostic différentiel

a) Gastrite
b) Jéjunite
c) Stomite

VI. TRAITEMENT MEDICAL

VII. TRAITEMENT CHIRURGICAL

A) Ulcères récidivants non compliqués

1. Méthode curative

a) Intervention à minima
b) Pyloro-duodénectomie isolée
c) Gastrectomie itérative élargie
d) Vagotomie bilatérale
e) Gastrectomie totale

2. Méthode palliative

a) Nouvelle anastomose gastro-jéjunale
b) La jéjunostomie temporaire

B) Ulcères récidivants compliqués

1. L'ulcère perforé

Suture
Résection économique

2. Fistule gastro-jéjuno-colique

VIII. INDICATIONS THERAPEUTIQUES

1. Ulcères récidivants non compliqués

a) Il existe une raison locale de récidive
Gastrectomie trop économique
Gastrectomie pour exclusion
Dysfonctionnement

b) Ulcères récidivants après gastrectomie correcte

c) Ulcères multirécidivants

2. Ulcères récidivants compliqués

Fistule gastro-jéjuno-colique
Hémorragie grave
Perforations

3. Du point de vue pratique

Faire le diagnostic de l'ulcère récidivant
Par la clinique
Par la radiologie
Par l'amplificateur de brillance
Juger si la gastrectomie initiale a été correcte
Vérifier s'il n'existe pas de moignon pyloro-duodénal
Observer l'efficacité du traitement général

IX. D'APRES L'ETUDE DE CES 46 ULCERES RECIDIVANTS, QUE PEUT-ON PENSER DE LA GASTRECTOMIE ?

1. C'est une bonne opération

2. La gastrectomie n'est pas entièrement satisfaisante

A) L'ulcère récidivant :
Sa fréquence
Sa curabilité

B) Les autres causes :
Mortalité
Complications
Bien-être digestif

3. **Est-il possible d'éviter l'ulcère récidivant suivant la technique de la gastrectomie ?**

   Oui
   Non

4. **Est-ce possible de remédier à cet état de fait. Par une modification de la gastrectomie ou par une autre intervention ?**

   a) Doit-on modifier la technique de la gastrectomie ?
   b) Doit-on la remplacer par une autre intervention ?

X. DEDUCTIONS

XI. OBSERVATIONS

XII. CONCLUSIONS

II. — CONSIDERATIONS SUR LES ECHECS DE LA GASTRECTOMIE

I. — FREQUENCE DE L'ULCERE RECIDIVANT APRES GASTRECTOMIE.

La difficulté pour donner des chiffres exacts est très grande, aussi les taux des récidives ne peuvent être que relatifs, ce qui peut en partie expliquer la grande divergence de certains auteurs.

Beaucoup de malades sont perdus de vue et souvent c'est parmi ceux-ci que se trouvent les récidives traitées par d'autres chirurgiens. Charrier les compte de 15 à 20 %.

De plus, souvent, les statistiques sont établies trop précocement omettant ainsi les récidives tardives.

a) Etude des statistiques.

En remontant dans la littérature nous trouvons :

En 1930, Starlinger étudie 25.647 gastrectomies, faites par 25 chirurgiens, et trouve 0,7 % d'ulcères récidivants.

En 1925, Von Haberer, sur 2.310, en trouve une proportion de 0.6 %.

Plus tard, Finsterer constate 4 % de récidives sur l'ensemble des techniques de gastrectomie, mais seulement 0,5 % avec la technique Hofneister, Finsterer.

Mayo, de 1922 à 1927, observe 57 ulcères récidivés sur 418 cas, soit plus de 13 %.

Plus récemment :

Charrier fixe à 5 % le taux des récidives (10).

Finsterer à 0,04 % ; 3 sur 6.975 cas, en 1951.

Demirleau, à 0,15 %.

Milstein, à 1 %.

De Vernejoul, à 0,6 % sur 2.600 gastrectomies (53).

Hillemand, en 1952, en trouve 10 sur 169 en deux ans, soit 6 %.

Moutier et Cornet retrouvent 11 ulcères récidivés sur 108 opérés. De plus ils affirment que les 8 % de gastrectomies qui souffrent ont un ulcère récidivant (55).

En comparant les statistiques des auteurs américains, nous trouvons aussi une très grande divergence :

Zollinger, faisant une revue générale, trouve des chiffres allant de 0,4 à 10 % (51).

Strauss et Block en découvrent 1 % aavec des Polya haut.

Starlinger, sur une étude de 13.000 cas, conclut à 0,9 % pour les Billroth I (51).

Et 0,6 % pour les Billroth II.

Gatewood annonce 10 % de récidives pour lui-même, et Wright 1,9 % sur 981 cas.

Marshall et Kiefer en avouent 5 sur 74, soit 7 % (51) ;

Et Allen Welch, 2,3 % sur 129 (51).

Sur 1.107 gastrectomies subtotales, M. le Dr Barraya a réopéré 8 ulcères récidivants, soit 0,7 %. Si nous avons fait une enquête précise pour les malades qui font l'objet de ce travail. Par contre nous n'avons pas recherché les resultats actuels de toutes ces gastrectomies, donc ce chiffre ne peut être considéré comme valable.

b) Critique de ces statistiques.

La plupart des auteurs qui ont donné ces chiffres se basent sur des ulcères récidivants qui aussitôt diagnostiqués ont été réopérés. Mais combien de malades souffrant après une gastrectomie ne sont plus retournés voir de chirurgien, mais uniquement leur médecin qui les a soignés médicalement, le plus souvent sans diagnostic précis.

Beaucoup reconnaissent que l'ulcère récidivant est d'un diagnostic très difficile, et qu'il passe très souvent inaperçu, ce qui fait dire à Gordet que les chiffres donnés sont au-dessous de la vérité et que nous péchons certainement par défaut.

II. — ETIOLOGIE DES ULCERES RECIDIVANTS.

a) Date d'apparition.

L'ulcère récidivant se révèle après un intervalle de temps variable qui suit la gastrectomie. Ce temps peut-être de quelques jours ou quelques mois seulement jusqu'à des années.

Certains sont apparus très précocement, dont la preuve fut faite par une perforation.

Grassi en publie 2 cas au 12 et 13e jour (39).

Courty et Gaurefroy en citent 1 cas au 18e jour (12).

Mérigot et Patry en signalent un autre au 60e jour (54). Le Dr Barraya publie 2 cas au 10e et 24e jour (2).

Généralement, la récidive de l'ulcère se diagnostique vers la fin de la première année ou dans le courant de la deuxième. Charrier ajoute : « Ces ulcères récidivants se forment souvent précocement, mais ne se révèlent réellement que par la suite, lors d'un accroissement des troubles, ou lors d'une complication.

Santy, dans la thèse de J. Garde (37), soutient que la majorité des ulcères récidivants sont diagnostiqués entre le 10e et le 15e mois.

D'après nos observations, M. le Dr Barraya est intervenu :

1 fois au 10e jour ;
1 fois au 24e jour ;
1 fois au 5e mois ;
3 fois entre 5 mois et 1 an ;
6 fois l'année suivante ;
6 fois 2 ans après ;
7 fois 3 ans après ;
7 fois entre 3 et 10 ans ;
1 fois 16 ans après.

Il est difficile de savoir exactement la date d'apparition, car en nous consultant ces malades présentaient des troubles ulcéreux quelquefois depuis plusieurs mois, même plusieurs années.

Enfin, il est des cas où la récidive est survenue tardivement puisque Lemaire signale des dates d'apparition ultérieure à vingt-cinq ans.

b) Siège de l'ulcère initial.

Le plus souvent, avant de récidiver, l'ulcère était localisé sur le pylore ou le duodénum. Sur les 46 observations que nous vous présentons, 22 ulcères primitifs étaient pyloro-duodénaux, 3 seulement étaient gastriques, mais il en reste 21 dont l'origine ne nous est pas connue.

En 1953, Michotey (53) dans sa thèse relève les statistiques du professeur de Vernejoul et trouve 45 ulcères dont l'origine est duodénale contre 4 dont celle-ci est gastrique.

Pour Labaudibar, 2 fois sur 3 la cause est duodénale.

Pour Cames, 92 fois sur 100 et pour Glenn, 88 fois sur 100.

D'où nous pouvons en tirer un intérêt pathogénique consi-

dérable incitant l'opérateur à prendre encore plus de soins pour les ulcères duodénaux.

c) Pourquoi fut pratiquée la gastrectomie initiale ?

Desplas rapporte que 4 fois sur 6 cas d'ulcères récidivés la gastrectomie primitive ne lui paraissait pas justifiée.

Charrier et S. Blondin (10) sont d'accord pour affirmer la plus grande fréquence de récidives sur des gastrectomies abusives.

De là, peut-on conclure qu'il faut comme Hillemand restreindre de plus en plus les indications opératoires et n'opérer que lorsque celles-ci sont absolues ?

d) Moment propice à la gastrectomie.

L'avis unanime contre-indique toute intervention lors d'une poussée ulcéreuse.

Jamais une gastrectomie ne devrait être pratiquée sans un traitement médical long et bien conduit.

Moreno-Tinajero accorde un grandrôle à l'inflammation de la suture anastomotique consécutive à l'infection latente lors de toute poussée ulcéreuse.

e) Technique de la gastrectomie primitive.

Il est reproché par un grand nombre d'auteurs l'inexpérience et la malfaçon chez les chirurgiens rapportant un taux élevé de récidives.

Bien que Gutmann n'accorde aucun crédit à la technique, il semble bien cependant, pour la plupart, qu'une relation existe entre ces récidives et une technique imparfaite.

Trois facteurs rentrent en ligne de compte :

L'étendue de la résection ;

La manière dont fut effectuée l'anstomose.

Le fonctionnement de cette anastomose.

— L'étendue de la résection.

A l'heure actuelle, le rôle primordial joué par l'acidité est reconnu ainsi que le but principal recherché d'éliminer cette acidité par une résection de la zone à sécrétion acide ainsi que de la zône réflexogène provoquant cette acidité.

Longtemps nos prédécesseurs ont pensé qu'il était suffisant de réséquer la portion anatomique à sécrétion acide. De ce fait, ils ont admis qu'il fallait étendre la résection de plus en plus vers la gauche. Actuellement cet avis est toujours valable. Hunt, en 1942

propose une hémi-gastrectomie puis Graham fait une résection des 3/4, et à la « Lahey Clinic (51) les opérateurs enlèvent les 4/5. Expérimentalement, Wangensteen (51) déclare que les 3/4 de l'estomac du chien doivent être réséqués pour éviter tout ulcère récidivant à l'histamine.

Actuellement, beaucoup d'autres pensent qu'il est très difficile en faisant une gastrectomie subtotale d'avoir la certitude d'éliminer toute la zone acide, aussi, comme le confirme Dragstedt (17) et son école expérimentale, il faut étendre la résection sur toute la zone réflexogène provoquant une acidité de la partie restante de l'estomac. Par là même, ils recommandent d'élargir la résection vers la droite par l'ablation de la plus grande partie du premier duodénum.

Ce fait a été relativement démontré alors que la gastrectomie pour exclusion était souvent utilisée. Préconisée par Finsterer vers 1920, différents auteurs l'ont accusée de favoriser l'ulcère récidivant. L'étude des statistiques de ces dernières années au sujet des récidives après gastrectomie pour exclusion est assez probante malgré la diversité des chiffres.

Ogilvie 9 récidives sur 22 soit 40 %.
Huber 14 récidives sur 92 soit 13 %.
Monsaigeon sur 365 5,6 %.
Maccas et Marangos sur 369 0 %.
De Vernejoul 1 sur 34 soit 3 % (53).

Par rapport aux statistiques des gastrectomies complètes, nous voyons que celles-ci sont dans l'ensemble bien plus fortes tendant ainsi à discréminer la non-résection du pylore et du premier duodénum.

— La façon dont fut effectuée l'anastomose.

Pauchet, un des premiers, a reproché l'utilisation de clamps traumatisants.

Mayo, Poal et Batescho (51) en Amérique, sont du même avis. Ces derniers reprochent aussi l'usage de fils de suture non résorbables, malgré la sécurité qu'ils apportent par ailleurs.

Effectivement, on a remarqué qu'il était fréquent de trouver au centre d'un ulcère récidivant un ou plusieurs fils lors d'une réintervention ou d'une gastroscopie (Hillemand).

Par contre, Judd, Hoerner et Lewinsohn (51) ne remarquent aucune différence en utilisant de la soie ou du catgut.

Les petits hématomes consécutifs à une hémostase imparfaite de la tranche gastrique ont aussi été incriminés.

— **Le type d'anastomose.**

Les anastomoses gastro-duodénales dont le type principal est le **Péan.** Dans le dernier congrès en décembre 1957 des maladies de l'appareil digestif, J. Perrotin (64) fait une synthèse des rapports à ce sujet.

Que cette technique soit possible ? Certainement, mais pour éviter toute traction de la suture il faut le plus souvent faire un décollement duodéno-pancréatique qui n'est pas toujours sans danger.

Qu'elle soit dangereuse ? Dans les suites immédiates les causes de danger ne sont pas plus grandes que pour toutes les autres méthodes.

Par la suite, les dangers d'ulcères récidivants sont plus importants. La nécessité d'une résection assez étendue autant à droite qu'à gauche est reconnue ; dans ce cas, le bout à bout devient impossible. Le Péan est donc accusé de limiter la résection surtout à droite.

Qu'elle soit souhaitable ? Il semble qu'il y a peu d'importance à l'utiliser en cas d'ulcère gastrique. Par contre, au sujet d'un Ulcus duodénal, les résultats montrent une plus grande fréquence des récidives.

Huber	4 récidives	sur	115
Constantini	2 récidives	sur	10
Huber	4 récidives	sur	115
Deloyers	10 %	sur	68
Goffin	7 récidives	sur	68
Finsterer	5 récidives	sur	185

Les anastomoses gastro-jéjunales, dont les deux types principaux sont le Polya et le Finsterer. De plus en plus utilisés, surtout ce dernier, la discussion porte actuellement sur la longueur de l'anse afférente.

La sécrétion duodéno-bilio-pancréatique neutralise l'acidité gastrique et par là-même protège la bouche anastomotique ; actuellement, pour cette raison, la grande partie des chirurgiens abandonne l'anse afférente précolique qui est trop longue.

Wangensteen recommande l'anse courte rétrocolique. Allen et Welch ont 2,3 % de récidives avec une anse longue.

Marshall et Kiefer 5 sur 74.

À « Lahey Clinic », les chirurgiens ont plus d'ulcères récidivants avec une anse précolique qu'avec une anse rétrocolique.

— **Le fonctionnement de l'anastomose.**

Chaque opérateur recherche le meilleur fonctionnement possible de la nouvelle bouche anastomotique et la discussion sur ce sujet n'est pas encore close.

Pour éviter la stase gastrique, facteur d'hyperacidité, beaucoup de chirurgiens préfèrent une anastomose type Polya, mais d'autres lui reprochent une trop grande rapidité de passage dans le jéjunum entraînant un dumping-syndrom et préfèrent une anastomose type Finsterer.

Birgfeld recommande d'éviter la stase alimentaire ainsi que le spasme jéjunal.

Matthews et Dragstedt ne constatent aucune récidive d'ulcère en coupant la musculature jéjunale évitant ainsi le spasme entraîné par l'acidité ; ce spasme local provoquerait de petits traumatismes favorisant la récidive.

Nous avons remarqué que ce dysfonctionnement est souvent à l'origine de ces troubles immédiats postopératoires : douleurs, vomissements, ballonnements.

III. - CONSTATATIONS ANATOMO - PATHOLOGIQUES DES ULCÈRES RÉCIDIVANTS

En dépouillant les comptes rendus opératoires pour les ulcères récidivants, nous avons fait plusieurs constatations :

1° LE SIEGE DE LA RECIDIVE.

Le plus souvent nous le trouvons sur l'anastomose. Sur les 24 cas où le siège est précisé, 17 fois il se trouve sur la bouche gastro-jéjunale à cheval sur les deux muqueuses.

Seulement 3 fois il se situe sur la petite courbure dont une à quelques centimètres du Cardia.

Dans un seul cas nous le relevons sur l'anse afférente.

Malgré l'idée pathogénique rendant le jéjunum favorable aux ulcères récidivés nous n'en trouvons que 3 au niveau de l'anse efférente sur ces 24.

Santy (37) en 1955 sur une centaine de cas le rencontre 38 fois sur cette anse et pour ainsi dire contre l'anastomose.

Au sujet des 3 cas que nous trouvons sur l'anse efférente, nous remarquons un fait important : 2 fois il s'agissait d'une perforation de l'ulcère récidivé précocement, l'un 10 jours, l'autre 24 jours après la gastrectomie. Contrairement, aux autres situés près de la bouche, ces deux-ci se trouvaient à quelques centimètres de celle-ci et d'une longueur de plusieurs centimètres.

La littérature ne révèle que peu de cas d'ulcères précocement récidivés mais chaque fois nous remarquons qu'ils sont sur l'anse efférente à plusieurs centimètres de l'anastomose.

Grassi (39) de Rome en apporte 2 cas perforés aux 12e et 13e jours, tous les deux sont à 2 centimètres sur l'anse efférente.

Il en est de même pour le cas révélé par Courty et Gaudefroy (12) perforé au 18e jour, ainsi que celui de Merigot et Patry (54) perforé 2 mois après.

Pouvons-nous conclure que dans de telles conditions et dans ces conditions de précocité seulement, le rôle de l'acidité sur la muqueuse jéjunale serait plus important ?

2° LE NOMBRE.

En général, l'ulcère récidivant est unique, cependant, deux fois la réintervention a révélé un double ulcère ; particulièrement

chez celui qui fit une perforation au 10e jour, les 2 étaient l'un en face de l'autre rappelant le « Kissing ulcer » duodénal.

Santy (37) sur 98 cas en a trouvé 8 doubles.

3° LES ADHERENCES PERITONEALES ET PÉRIULCÉREUSES.

Elles résultent à la fois :

— Des interventions antérieures, brides et symphyses péritonéales plus ou moins lâches, plus ou moins serrées.

— De l'évolution inflammatoire autour de l'ulcère récidivé.

IV. - NOTIONS PATHOGENIQUES DE L'ULCÈRE RÉCIDIVANT POSTOPÉRATOIRE

La pathogénie de l'ulcère après gastrectomie n'est pas encore résolue. S'il existe un lien sur certains points avec celle de l'ulcère initial, les modifications anatomiques apportées par la gastrectomie apportent des facteurs nouveaux d'où Leriche conclut que c'est « un véritable ulcère expérimental ».

1° FREQUENCE, CAUSE ET DURÉE DE L'ACIDITÉ RESIDUELLE.

Il est reconnu par tous le rôle indispensable joué par l'acidité pour la formation de toute ulcération.

Le principe même de la gastrectomie cherche à supprimer cette acidité pour guérir l'ulcère initial et éviter toute récidive.

Les chiffres sur la fréquence de la persistance de cette acidité après gastrectomie sont assez variés mais prouvent qu'elle subsiste quelques fois.

Pour Deloyers et Declerq elle est exceptionnelle.

Pour Soufault 10 fois sur 100 elle persiste.

Pour Seneque et Marx 30 fois sur 100 elle persiste.

Pour Santy et Marion 48 fois sur 100 elle persiste.

Pour Auguste et Paris elle serait d'autant plus fréquente si l'ulcère initial était duodénal : 26 % contre 7 % pour les ulcères gastriques.

Les causes de cette persistance de l'acidité sont variables.

Klein et Lake considèrent la sécrétion psychique anormalement abondante et serait une exagération du premier temps de Babkin par hypertonie vagale.

De plus, aucun chirurgien n'a la certitude d'avoir enlevé toute la zone réflexogène.

Leriche marque une différence entre les limites de l'antre anatomique et celles de l'antre physiologique. Pour lui, le peu de petite courbure restante provoque de l'hormone antrale qui déclenche l'acidité sur la muqueuse fundique restante.

Quant à la durée de cette acidité résiduelle, beaucoup d'auteurs sont d'accord pour constater qu'elle se tarit insensiblement vers le 2e ou 3e mois.

Deloyers, Xhigue et Bremer en étudiant la courbe d'HCL après l'opération ont remarqué que souvent cette acidité atteignait un taux supérieur à celui précédant l'intervention dans les jours qui suivaient et que la courbe allait en diminuant pour redevenir nulle vers le 15e jour.

D'après ces données, Moreno-Tinajero pense qu'il faut peut-être beaucoup moins de temps pour qu'un nouvel ulcère se forme avant la disparition de cette acidité.

Tous ces faits sont basés sur des suites de gastrectomies satisfaisantes. A plus forte raison, nous ne pouvons nier la persistance de l'acidité au sujet des gastrectomies de nécessité ou des gastrectomies incomplètes.

C'est le cas de l'antrectomie qui associe la sécrétion psychique à la sécrétion duodénale.

Puig y Sureda constate 75 % d'acidité résiduelle dans les gastrectomies pour exclusion.

La persistance de cette acidité est le grand reproche apporté au Péan.

Bremer sur 14 Péan 10 sécrètent de l'HCL libre.

Goffin et Pelet signalent 7 récidives sur 70 Péan.

2° ROLE DU DYSFONCTIONNEMENT DE L'ANASTOMOSE.

Birgfeld accorde un grand rôle à la stase au sujet de la récidive des ulcères. De même Charrier reconnaît ce facteur mécanique.

Dans toute intervention il sera donc recherché :

une bouche assez large, bien déclive ;

aucune gêne à l'évacuation dans l'anse efférente : torsion, coudure.

3° ROLE DE LA MUQUEUSE JEJUNALE ET SON SYSTEME DE DEFENSE.

La gastrectomie modifie l'attitude de la muqueuse jéjunale. Celle-ci avant n'avait aucun rapport avec l'acidité gastrique et brutalement la voici mise en présence d'une substance irritative.

Cade et Delarue ont montré qu'elle subissait une métaplasie lui donnant le caractère d'une muqueuse d'expulsion. D'autre part, beaucoup d'autres tels que Wangensteen, Prohaska, Allen, Welch, Marshall et Kiefer (51) reconnaissant le grand rôle de protection joué par la sécrétion duodéno-bilio-pancréatique sur la muqueuse jéjunale.

Les travaux américains ont démontré que plus la bouche est loin de cette sécrétion plus les chances de récidives étaient grandes. Voilà pourquoi le discrédit est jeté sur les anses afférentes longues précoliques et sur les anastomoses en Y privant la muqueuse jéjunale de ce facteur de protection.

Pour les quelques cas isolés où l'ulcère récidivant s'est produit précocement, ne pouvons-nous pas incriminer la nature de la muqueuse jéjunale elle-même. Etait-elle très sensible à l'action du suc gastrique ou se défendait-elle très mal du fait d'une hypovascularisation, d'un traumatisme local ou tout simplement de l'inflammation ?

4° ROLE DE L'INFLAMMATION.

Au sujet de l'ulcère banal, Gutmann accorde un grand rôle joué par l'inflammation locale, à plus forte raison en cas de récidive.

Moreno-Tinajero remarque souvent lors des dégastrectomies de véritables pseudo-tumeurs inflammatoires où l'anse efférente est dilatée, épaissie, œdémateuse.

Hillemand montre à la gastroscopie des lésions de gastro-jéjunite intense.

Il est reconnu dans l'ensemble que cette inflammation aurait un rôle excitateur et favoriserait la formation de l'acidité résiduelle, d'où la raison de ne jamais intervenir lors d'une poussée ulcéreuse durant laquelle cette inflammation est toujours constante.

V. - DONNÉES CLINIQUES ET RADIOLOGIQUES DIAGNOSTIC

Nous n'apportons aucun élément nouveau mais nous vous ferons part de quelques observations faites au sujet de notre statistique.

1° SIGNES FONCTIONNELS ET PHYSIQUES.

a) **La douleur** est le signe principal, spontanée, se présentant parfois comme très aiguë, en général rythmée par les repas, apparaissant plus ou moins précocement après ceux-ci, elle est pratiquement constante. Son absence serait en faveur d'une localisation idéale.

La périodicité des crises douloureuses est beaucoup moins nette et manque même fréquemment. Le malade souffre tous les jours à heures fixes et sans rémission, pendant plusieurs mois.

La douleur est fréquemment déclenchée par la pression de l'hypochondre gauche en un point très précis correspondant sous écran à la projection de l'anastomose (Gutmann). Dans certains cas, la palpation peut même objectiver une masse douloureuse. L'intensité de la douleur peut à elle seule déterminer le malade à demander une nouvelle intervention.

b) **Les différentes manifestations de la sténose :**

Nausées, clapotage à jeun, vomissements sont retrouvés une fois sur trois.

c) **L'hémorragie**

sous ses différentes formes ; anémie chronique, hématémèse, mœlena se retrouve souvent.

Celle-ci sort quelquefois du cadre symptôme pour devenir complication et motiver une intervention urgente.

2° SIGNES GENERAUX.

L'atteinte de l'état général est grave et rapide. L'amaigrissement constitue un des signes le plus précis, rarement il est nul, le plus souvent il est important et rapide de 5 à 15 kg, même plus en quelques mois.

Ce retentissement rapide sur l'état général dû à l'inanition, à la sténose, aux hémorragies est déjà un motif d'intervenir sans trop tarder.

3° EVOLUTION ET COMPLICATIONS.

Il ne faut pas trop compter sur le traitement médical pour modifier l'évolution de l'ulcère récidivant classique. Demole et Sarasin ont publié avec un recul de 21 mois, un succès à l'actif de l'histidine et de la vitamine C. Carvailho signale que 3 sur 4 ulcères récidivants ont bien réagi au sérum de convalescent.

Ces cas sont rares et peu probants. Les rémissions évolutives aidées du traitement médical peuvent être mises à profit pour opérer dans de meilleures conditions. En fait le risque de complications apparaissant parfois dans des délais rapides, est une raison supplémentaire d'intervenir sans tarder. C'est l'intérêt du diagnostic précoce de l'ulcère récidivant d'opérer des sujets à état général encore satisfaisant et surtout de prévenir l'hémorragie cataclysmique, la perforation, la fistule gastro-jéjuno colique et même la dégénérescence cancéreuse.

a) **L'hémorragie** cataclysmique est rare mais la répétition d'hémorragie de petite ou de moyenne abondance est déjà une complication pouvant devenir rapidement grave.

b) **La perforation.**

En péritoine libre est devenue classique depuis les thèses de Rozan, de Riou, de Herbert et de Desjacques (37).

Cette complication, le Dr Barraya (2) l'a observée 2 fois sur toutes les observations que nous vous présentons.

Il s'agit des observations Nos 33 et 37. Fait curieux, ces deux perforations se sont produites précocement ; la première (N° 33) le 24e jour après la gastrectomie, la seconde le 10e jour. Le siège de chacune était à environ deux centimètres sous la bouche anastomatique.

Grassi (39) de Rome publie deux perforations : une au 12e jour, l'autre au 13e jour.

Courty et Gaudefroy (12) indiquent une perforation survenue le 18e jour après l'intervention.

Merigot et Patry en signalent une autre deux mois après une gastrectomie faite après une suture d'ulcère perforé.

En 1948, Renon et Perruchio (68) ne relevaient qu'une vingtaine de cas de perforations dans la littérature. Depuis, Santy en 1955 en publie 7 sur 125 cas, mais toutes survenues sur gastro-entérostomies.

En péritoine cloisonné elle est également fréquente, Santy l'a observée 7 fois.

Pour Loutch, la perforation de l'ulcère jéjunal postopératoire offre cette particularité de ne pas présenter de sonorité préhépatique. Dans nos deux cas, ce fait fut évident, de même que l'absence de croissant gazeux à la radiographie.

Michotey (53) dans sa thèse est du même avis.

Comme souvent cette complication arrive précocement, le diagnostic est difficile à faire, mais les antécédents : la douleur, le tableau de choc et le ventre de bois éveillent l'attention à ce sujet.

c) **Les fistules gastro-jéjuno coliques.**

Nous n'avons pas eu l'occasion d'en rencontrer en tant que complication d'un ulcère récidivé, cependant, cette complication se voit quelquefois sous forme d'un syndrôme diarrhéique, précédé de vives douleurs, associé à des vomissements fécaloïdes et à une cachexie rapide.

La confirmation du diagnostic est apportée par la radiologie et il faut pratiquer les examens par la voie haute et la voie basse car quelquefois cette fistule est à sens unique.

4° LA RADIOLOGIE.

Elle aide à confirmer le diagnostic, elle montre :

— soit des signes directs : environ une fois sur deux, une image de niche au niveau de l'anastomose ou sur l'anse jéjunale ;

— soit des signes de probabilité : une fois sur 4 environ, sous forme d'un mauvais fonctionnement de la bouche avec douleur à la pression sous écran.

Mais dans un cinquième des cas, elle n'apporte aucune preuve.

Girard et Montbarban ont rappelé la valeur des signes radiologiques dans le diagnostic de l'ulcère récidivant de même que Vanderdorp et Bonté (37).

Lambling et Gueret en 1954 mettent l'accent sur les modifications de calibre de l'anse ulcérée : rétrécissements et dilatations bursiformes, mais Gordet et ses collaborateurs insistent sur le fait, et c'est aussi notre opinion, que si la radiologie permet de porter le diagnostic d'ulcère récidivant dans la grande majorité des cas, elle exige une technique rigoureuse et qu'elle est fréquemment difficile à interpréter.

Par ailleurs, il n'existe pas de parallélisme entre la gravité de l'ulcère et le volume de la niche ; de même s'il y a eu gastroctomie antérieure, la radiologie ne donne pas une idée précise de

l'étendue de la résection initiale. Enfin Levy et ses collaborateurs signalent un retard des signes radiologiques par rapport aux signes cliniques.

5° LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES.

La gastroscopie.

Moutier et Ghelew, Nasio (37), et en 1954 J. R. Gosset rappellent son importance. Elle montre l'ulcère et les lésions associés ou permet de faire un diagnostic différentiel précis avec les autres causes des syndrômes douloureux gastro-jéjunaux postopératoires.

Le tubage gastrique objectivera l'existence d'une hypéracidité ou la persistance de l'acidité après gastrectomie à l'aide du repas d'épreuve, d'une injection d'histamine ou d'insuline.

Pour J. R. Gosset, il doit s'interpréter à partir de l'étude de 5 éléments : volume sécrété, concentration chlorhydrique, pouvoir tampon, coloration du liquide et présence de bile. C'est un examen utile surtout pour guider la conduite thérapeutique à tenir vis-à-vis d'un ulcère récidivant après gastrectomie dans le dilemme : nouvelle résection ou vagotomie pure.

Enfin seront pratiqués tous les examens qui servent de base au rétablissement de la masse sanguine et d'un chiffre globulaire normal, à l'équilibration hydrique et ionique, pour préparer au mieux le malade à l'intervention.

6° DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL.

Le syndrôme du petit estomac caractérisé par la sensation de réplétion rapide avec distention épigastrique s'améliore facilement par le régime et les repas fractionnés.

Le dumping-syndrom avec ses malaises postprandiaux immédiats et surtout la lipothymie (en relation non seulement avec une hypoglycémie mais aussi comme le prouve l'influence de la posture, Butler, Irvine, avec des phénomènes sympathiques) a une allure clinique très particulière. Il peut être très amélioré par le traitement médical mais dans les cas très graves peut conduire à la réintervention.

Les inflammations muqueuses réalisant des aspects gastroscopiques différents :

— **gastrites :** congestion de la muqueuse avec œdème et parfois fausses membranes ;

— **jéjunites :** plis muqueux œdémateux et rigides ;

— **stomites :** œdème de coloration soit pâle, soit rouge vif qui rétrécit considérablement la lumière.

Quoi qu'il en soit, en dehors des dumping-syndroms et du syndrôme du petit estomac suffisamment évocateurs, avant d'envisager les différentes causes de souffrance postopératoires, l'essentiel est de penser à l'ulcère récidivant. La plupart du temps, sur l'ensemble clinique et radiologique, on peut l'affirmer facilement. Dans d'autres cas, l'intensité des symptômes, leur non-régression au traitement médical et leur retentissement éventuel sur l'état général motiveront la réintervention même si le diagnostic d'ulcère récidivant n'est pas formel.

VI - TRAITEMENT MÉDICAL

Il serait inutile d'énumérer toutes les médications susceptibles de traiter médicalement les ulcères récidivants. Le problème consiste à les considérer comme un ulcère banal, avec cette particularité qu'il sera très rebelle et voué presque toujours à un échec.

Cependant, si ce traitement médical ne peut, à lui seul, le plus souvent, guérir une récidive, il ne faut pas malgré tout le négliger car il sera un adjuvant sérieux au traitement chirurgical et permettra, presque toujours, d'intervenir dans de bien meilleures conditions.

Donc, dans tous les cas, ces deux méthodes de traitement ne sont pas à séparer, mais bien au contraire, il faudra les associer.

Les pansements gastriques dont le mode d'action reste mystérieux ont une grande utilité.

Les anti-spasmodiques seront fréquemment utilisés.

Les médicaments, à base d'extraits glandulaires, d'hormones cristalisables ou les médications dérivées de la vaccinothérapie et de la protéïnothérapie, permettront de diminuer la puissance d'évolution de la maladie et d'opérer ensuite si c'est nécessaire dans de bonnes conditions.

Quelquefois, ce traitement médical seul, arrivera à guérir certains ulcères récidivants, particulièrement lorsque ceux-ci sont précoces ; bien mieux : nous pensons qu'un malade, porteur d'un petit ulcère récidivant, et dont la vie est supportable avec un traitement médical approprié, doit continuer le traitement plutôt que de subir une nouvelle opération. Mais, même s'il ne donne pas satisfaction, il y a intérêt à persévérer, considérant ce traitement comme un facteur sérieux à la bonne réussite du traitement chirurgical.

VII - TRAITEMENT CHIRURGICAL

La plupart du temps, il est difficile de prévoir la conduite à tenir en face d'un ulcère récidivant. Les lésions qu'il détermine obligent le chirurgien à ne prendre une décision qu'une fois les lésions en main. Nous nous contenterons d'analyser les diverses méthodes et d'étudier leurs résultats.

A) ULCERES RECIDIVANTS NON COMPLIQUÉS.

1) Méthodes curatives.

a) Intervention à minima.

A l'heure actuelle, elles n'ont que de rares indications supprimant uniquement l'ulcère sans enlever la cause.

La résection limitée à la récidive d'ulcère consiste à réséquer la partie ulcérée de la bouche anastomotique et de refaire celle-ci en tissu sain.

Gaudefroy (53) démontre que 7 bons résultats ont été obtenus sur 8 interventions de la sorte.

Ce genre d'intervention doit cependant n'être envisagé que lorsqu'il s'agit de sauver le malade sans lui faire courir de grands risques.

b) Pyloro-duodénectomie isolée.

Dans les cas où l'intervention a été trop économique en aval basée sur le grand rôle pathogénique joué par le pylore et le duodénum dans la génèse de l'ulcère.

Pour Hillemand et Bergeret, la duodénectomie serait l'opération simple, qui en supprimant la toxine duodénale et la fonction excito sécrétoire, serait le traitement pathogénique des ulcères récidivants après gastrectomies pour exclusion ou après des gastrectomies trop économiques vers la droite. Très fréquemment, les chirurgiens l'ont associée à une autre intervention :

soit avec un Dragstedt abdominal ;

soit avec une recoupe gastrique et une nouvelle anastomose. Desplas a obtenu 6 bons résultats sur 3 gastrectomies pour exclusion et sur 3 gastrectomies insuffisantes à droite.

c) **Gastrectomie itérative élargie.**

Lorsque la première gastrectomie a donné un échec, il est logique de penser qu'elle a été soit mal faite, soit le plus souvent insuffisante donnant une hyperacidité résiduelle assez notable.

Vingt fois, le Dr Barraya l'a pratiquée sans un seul décès postopératoire.

Douze fois, le résultat a donné entièrement satisfaction.

Dans deux cas, le résultat escompté fut moyen.

Deux autres cas peuvent être classés comme mauvais ; l'un souffrait toujours autant, puis a disparu, l'autre a dû subir un Dragstedt thoracique l'année suivante qui l'a bien amélioré.

Et deux autres ont disparu sans que l'on puisse avoir de leurs nouvelles.

Les deux derniers de la statistique sont particuliers du fait qu'ils ont fait une complication postopératoire majeure :

L'un au 10e et l'autre au 24e jour suivant la regastrectomie ont fait une perforation d'un nouvel ulcère récidivant.

Ils ont été traités tous deux de la même manière, par suture de cette perforation et par entéroplastie avec l'anse sous jascente pour protéger la suture.

Le premier a complètement guéri et celà depuis douze ans.

L'autre a continué à souffrir.

— **Technique opératoire.**

Cuneo considère cette opération comme longue et difficile où il entre une grande part d'improvisation.

D'abord, il s'agit de découvrir la lésion pour la réséquer.

Comme dans toute laparotomie itérative, les adhérences péritonéales sont nombreuses, mais en plus, la réaction péri-ulcéreuse en a formé tout autour de la lésion formant quelques fois une pseudo tumeur. La libération devient très complexe surtout quand l'anse a été montée à travers le méso-colon. Le danger principal est constitué par lui et l'opérateur devra faire attention de ne pas léser ses vaisseaux.

Lorsque le tout paraît libéré, il faut le réséquer. L'idéal consiste à tout enlever en un seul bloc, permettant d'obtenir ainsi

des tranches de sections passant en tissus sains qu'il sera plus facile d'accomoder.

Le jéjunum sera suturé bout à bout en deux plans à points séparés, cette suture sera le plus souvent en amont de la nouvelle bouche quand la première gastrectomie était faite transméso-colique.

Pour refaire la nouvelle anastomose, M. de Vernejoul recommande de suivre la technique d'Hofmeister-Finsterer, permettant une évacuation plus régulière du contenu gastrique, évitant ainsi le dumping-syndrom occasionné surtout par le Polya.

Quand la gastrectomie initiale était faite suivant la technique de Péan, le problème tactique diffère peu de celui d'une gastrectomie ordinaire.

Lors du premier temps de libération, il arrive quelquefois de léser le mésocolon et le colon transverse lui-même. La blessure du colon transverse est toujours très limitée, elle sera traitée par suture et enfouissement.

Quant à la blessure des vaisseaux du méso, le problème est plus délicat, il faudra s'assurer que le colon est toujours suffisamment vascularisé, sinon, en tel cas, il faudra pratiquer une colectomie segmentaire.

d) **Vagotomie bilatérale.**

Faite par Exner en 1911, la première fois, puis par Barbé Latarjet et Wertheimer, elle a surtout été lancée par Dragstedt dans le traitement de l'ulcère gastro-duodénal (17).

Elle entraîne une chute de l'acidité libre et de l'acidité totale, ainsi qu'une réduction du volume de la sécrétion nocturne.

Jusqu'alors, en France, elle était réservée aux récidives ulcèreuses à cause des quelques troubles qu'elle entraîne : dilatation gastrique et intestinale, troubles cardiaques. Le Dr Barraya l'a pratiquée dès 1948 20 fois pour les ulcères récidivants, 14 ont eu un bon résultat même après plusieurs années. Chez 3 malades, le résultat obtenu a été moyen.

Pour 2 le résultat n'a pas été satisfaisant.

Enfin, nous en avons perdu un de vue.

Banzet, Delannoy, Quenu, Cadenat et Frœlich (53) ont publié 9 succès.

Dubarry, Grenet et Boulin rapportent la guérison d'un ulcère récidivant et double après gastro-entérostomie et gastrectomie.

Guillet et Buffard ont obtenu 3 bons résultats sur 4.

Cette méthode thérapeutique, en plus de la diminution de l'acidité, serait en faveur de la pathogénie inspirée par Birgfeld (51) qui soutient le rôle du spasme jéjunal dans la formation de ces ulcères. L'atonie procurée par la section des vagues supprimerait ce spasme éliminant ainsi une cause de récidive. Guillet et Buffard sont du même avis à la suite du cas d'un malade qui a subi neuf interventions pour récidive et qui ne fut guéri que par la vagotomie thoracique.

Plusieurs fois, il est arrivé au Dr Barraya d'associer la vagotomie avec la recoupe gastrique. Chaque fois, ces interventions ont eu lieu par voie abdominale.

Trois sur quatre ont donné un bon résultat. Quant au quatrième, ce fut un échec et il a dû subir une seconde vagotomie mais par voie thoracique pour obtenir une nette amélioration.

Le problème de cette méthode consiste dans le choix de la voie d'abord.

Elle peut être pratiquée soit par voie thoracique, soit par voie abdominale.

La voie abdominale présente l'avantage de permettre un inventaire complet des lésions et de les traiter en conséquence. Cinq fois, le Dr Barraya suivit cette voie et quatre fois cela a permis de faire une recoupe gastrique. Une fois seulement la vagotomie a été unique et le résultat fut favorable. Sur les quatre autres, avec recoupe gastrique, il y a eu un échec.

Outre l'inconvénient d'être une intervention laborieuse, du fait des nombreuses adhérences, cette voie présente d'abord le désavantage de pratiquer souvent une vagotomie incomplète.

Dragstedt (18) et ses collaborateurs le font bien remarquer en étudiant la sécrétion produite après injection d'histomine.

Malgré une bonne technique consistant à descendre de quelques centimètres l'œsophage thoracique sous le diaphragme, nous ne sommes jamais certains d'avoir sectionné toutes les fibres nerveuses. D'après l'étude anatomique faite par Hovelacque sur les nerfs de l'estomac, nous constatons qu'une fois sur cinq, un des vagues est déjà divisé bien avant son entrée dans l'abdomen.

La voie thoracique est simple, elle conduit directement sur les deux vagues non encore divisés, donc faciles à découvrir et à sectionner.

Le reproche majeur fait à cette méthode consiste en l'absence de l'inventaire des lésions. Elle n'est donc autorisée que lorsque la clinique ou la radiologie ont porté un diagnostic certain.

Pour 19 malades, le Dr Barraya a eu l'occasion de prendre cette voie ; 13 eurent un bon résultat, 3 ont été bien soulagés, mais non guéris ; quant aux 2 mauvais résultats, l'un a refait un ulcère puis n'a plus donné signe de vie, et l'autre s'est fait réopérer un an après.

Enfin, sur ces 19 malades, nous n'avons pu avoir de nouvelles que d'un seul.

Parmi ces cas ayant bien réussis, il nous est arrivé de constater un fait curieux. A l'endroit d'élection pour la vagotomie, un des deux pneumogastriques présentait un neuronome, confirmé histologiquement (obs. nº 31). Ne peut-on pas penser que cette tumeur nerveuse pouvait être à l'origine de son ulcère et de sa récidive par hyperexcitation sécrétoire d'origine nerveuse, et que son ablation a suffi pour amener la guérison ?

e) Gastrectomie totale.

Leriche soutient que chez certains malades, tant qu'il existe un fragment de petite courbure, il peut persister de l'acidité résiduelle. Certainement, en supprimant tout l'estomac, toute cause de récidive semble disparue et du point de vue pathogénique, cette intervention paraît désirable.

En fait, elle est très peu utilisée pour traiter les ulcères, même entre des mains expertes, elle reste une opération grave grevée d'une assez forte mortalité.

Demirleau ne sauve aucun malade en l'utilisant quatre fois.

M. de Vernejoul (53) a eu deux décès postopératoires sur 12 cas. De plus les suites éloignées sont souvent pénibles à cause d'une anémie hypochrome ou hyperchrome de type pernicieux et d'un confort digestif quelquefois fort pénible.

II. Méthodes palliatives.

Lorsque les difficultés rencontrées sont trop importantes ou que l'état général du malade ne peut supporter une intervention trop longue, certains chirurgiens recourent à deux méthodes palliatives, mais le plus rarement possible.

a) Nouvelle anastomose gastro-jéjunale.

Quand la première bouche est sténosée, déterminant une stase gastrique importante, la méthode consiste à en refaire une seconde à gauche de la première.

En réalité, cette méthode est rarement utilisée, ne donnant pas satisfaction.

Cette nouvelle bouche ne peut être faite déclive, elle s'expose à un nouvel ulcère et aggrave le trouble du transit.

b) La jéjunostomie temporaire

Trouve encore sa place à l'heure actuelle, mais dans des cas bien limités.

Moynihan, Lecène, Santy, Hepp et Charrier (53) la préconisent de temps à autres.

Elle permet une alimentation jéjunale servant à remonter le malade dont l'état général est plus que déficient.

En même temps, elle met les lésions au repos par une diminution sensible de la sécrétion acide.

Si elle satisfait peu le chirurgien, elle a permis cependant de guérir en un deuxième temps des malades qui auraient succombés en un seul. (Jean Luquet.)

B) **ULCERES RECIDIVANTS COMPLIQUES.**

1) L'ulcère perforé.

Cette complication pose un problème important en songeant aux difficultés thérapeutiques devant un malade souvent très déficient.

Heureusement, cette forme est rare. Renon et Perruchio (68) il y a quelques années n'en relevaient qu'une vingtaine de cas dans la littérature.

Pour notre part, deux fois nous avons rencontré une telle éventualité (obs. 33 et 37). Dans ces deux cas, la perforation est survenue précocement le 24e et le 10e jour après la gastrectomie. Chaque fois, le Dr Barraya a procédé à une simple suture par points séparés au coton avec une entéroplastie de l'anse sous-jascente pour protéger cette suture. Ces deux malades ont guéri grâce à cette intervention rapide et simple. Le premier a souffert encore par la suite ; quant au deuxième toute trace d'ulcère a complètement disparu depuis plus de 10 ans. (Voir fig. 1 et 2.)

Fig. 1

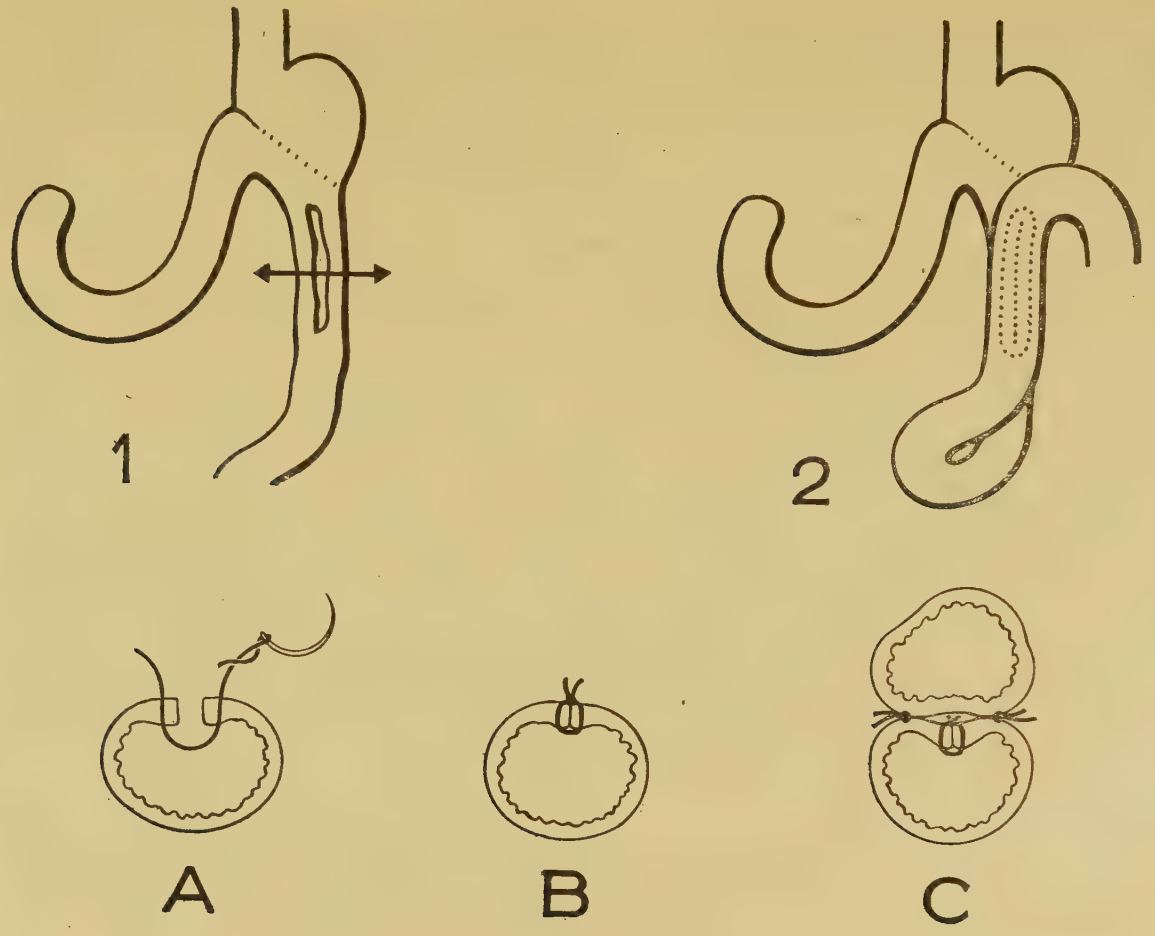

Fig. 2

Beaucoup d'autres chirurgiens se sont contentés d'une simple suture pour traiter cette complication. 16 sur les 20 de Renon et Perruchio (68).

Nous ajouterons la façon dont nous avons procédé pour protéger cette suture, ceci grâce à l'expérience acquise sur ces deux cas.

Comme les bords de l'ulcère étaient épaissis et cartonnés, il nous a été impossible d'enfouir la suture par la technique habituelle sans courir le danger de rétrécir trop considérablement la lumière jéjunale. Par une rangée de points séparés de chaque côté de la suture, nous avons accolé l'anse intestinale sous-jacente, protégeant ainsi cette dernière. (Voir fig. 1 et 2.)

D'autres méthodes ont été employées, telles que la résection économique et la résection gastro-jéjunale.

La résection économique, faite très rarement, une fois par Arnaud, Liottier et Granjon (53), n'est utilisée que lorsque la suture banale est impossible. Si elle permet de sauver le malade, elle ne guérit pas sa maladie ulcéreuse, et c'est une raison pour laquelle les auteurs ont tendance à préférer la résection gastro-jéjunale.

Cette résection gastro-jéjunale paraît, théoriquement, la plus satisfaisante, car elle traite la cause tout en guérissant la perforation. Cependant, rarement, elle est possible, à cause d'un état général mauvais du fait de la maladie elle-même et du fait de la perforation plus ou moins au stade de péritonite.

De plus, techniquement, elle n'est pas toujours réalisable quand la première gastrectomie a été correcte, laissant peu d'estomac.

2) Fistule gastro-jéjuno-colique.

Les progrès de l'anesthésie et de la réanimation avec une meilleure connaissance des perturbations biologiques permettent de traiter convenablement cette complication si grave ces temps derniers. Presque toujours, ces malades arrivent dans un état lamentable, les rendant inaptes à subir une nouvelle intervention. Aussi, une préparation longue et minutieuse par des apports protidiques et vitaminés, directement assimilables, cherchera à les rééquilibrer le mieux possible.

La tactique à suivre consiste à traiter cette fistule comme un ulcère perforé, avec, en plus, une lésion du colon.

Vis-à-vis du colon, la conduite à tenir dépend de la taille et du siège de l'orifice colique.

Etant habituellement assez petit, une suture d'emblée avec enfouissement résoud la question.

Charrier, Bouzet, Sénèque et Joyeux ont eu de bons résultats. Quand cet orifice colique est plus grand, il est souvent possible de pratiquer une résection segmentaire. Le plus souvent, de nos jours, elle peut être faite en un seul temps ; une coecostomie de décharge temporaire ajoutée peut éviter quelques ennuis. Rarement, il sera nécessaire de laisser les deux orifices à la peau pour les rentrer secondairement.

Vis-à-vis de la bouche anastomotique, nous retrouvons le problème d'une perforation d'ulcère récidivant. L'idéal, si l'état général le permet, sera de pratiquer une nouvelle recoupe gastrique et une nouvelle anastomose traitant ainsi la lésion et sa cause.

Une vagotomie associée ne peut qu'améliorer le résultat, à condition cependant de ne pas trop prolonger l'intervention.

Quand le traitement complet de la fistule gastro-jéjuno-colique se révèle impossible, il semble qu'il est préférable de recourir aux interventions en deux temps.

L'irritation et l'infection du jéjunum au contact des matières fécales provoqueraient cette diarrhée et ces vomissements. D'où le premier temps consistera en une dérivation des matières en amont de la fistule colique.

Atwater propose un anus transverse à droite de la fistule pendant trois ou quatre semaines.

Avec sept succès sur huit, à « Lahey clinic » (51), ils ont fait, en premier temps, une iléo sigmoïdostomie termino latérale, puis, dans un deuxième temps, trois mois après, une hémi-colectomie droite débordant vers la gauche.

VIII. INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Actuellement encore, seul un traitement chirurgical est susceptible de guérir un ulcère récidivant. De tous les traitements médicaux proposés, aucun n'a fait ses preuves.

Cependant, le traitement médical n'est pas à rejeter, bien au contraire, car il est un adjuvant indispensable dans les périodes pré- et postopératoires.

De plus, avant toute intervention, un traitement adéquate visera à établir l'équilibre biologique souvent très perturbé.

POUR LES ULCERES RECIDIVANTS NON COMPLIQUES

Le but est de supprimer la cause de récidive.

1) **Sur une gastrectomie trop économique,** la recoupe gastro-jéjunale paraît idéale, suture termino terminale du jéjunum, recoupe la plus importante possible du côté gastrique et nouvelle bouche anastomotique suivant la technique de Finsterer.

2) **Sur une gastrectomie pour exclusion,** supposant la résection suffisante de l'estomac, une simple pyloro-duodénectomie peut être suffisante, mais l'idéal consiste à lui associer une vagotomie supra diaphragmatique supprimant ainsi les deux causes d'acidité résiduelle.

3. **Quand il s'agit d'un mauvais fonctionnement de l'anastomose,** à cause d'une bouche non déclive ou sténosée, ou d'une gêne à l'évacuation de l'anse efférente par coudure, torsion ou mauvaise position, une recoupe gastro-jéjunale sera nécessaire pour refaire une nouvelle bouche dans de bonnes conditions.

Lorsque la gastrectomie primitive paraît correcte en tous points, l'idéal serait de pratiquer un Dragstedt par voie thoracique donnant plus de sécurité sur la section des fibres nerveuses, ce qui se fait généralement quand on a l'assurance de la perfection de la première gastrectomie, soit qu'elle fut faite par le même chirurgien, ou soit qu'elle fut réalisée par un autre utilisant la même technique, évitant ainsi un délabrement abdominal trop laborieux. Malheureusement, très souvent, cette condition n'est pas réalisée, et la découverte de la lésion par voie abdominale donne l'assurance d'une bonne opération primitive. En ce cas, la vagotomie supra diaphragmatique en abaissant l'œsophage sur quelques centimètres peut donner d'excellents résultats.

Au sujets des ulcères multi récidivants, la meilleure solution consiste en vagotomie thoracique détruisant les causes

des récidives en évitant une intervention compliquée à cause des précédentes.

Enfin, si cette dernière se révèle insuffisante, il y a toujours le recours à la gastrectomie totale, rendant une vie diminuée, mais souvent plus agréable à ces ulcéreux chroniques tenaces et en danger.

POUR LES ULCERES RECIDIVANTS COMPLIQUÉS.

Fistule gastro-jéjuno-colique.

Chez un malade porteur d'une fistule gastro-jéjuno-colique, l'indication opératoire est formelle, sinon la mort survient par cachexie progressive.

Le tout dépend de l'état général ; avec un état général relativement satisfaisant, la continuité gastro-jéjunale sera rétablie par une nouvelle anastomose type Finsterer, et la plaie colique sera suturée ou réséquée selon son étendue. Actuellement, le tout peut être fait en un temps avec le couvert des antibiotiques. S'il se présente un risque quelconque, une coecostomie de décharge peut être ajoutée.

Si l'état général est mauvais, une dérivation externe ou interne peut permettre d'attendre pour remonter le malade et l'amener dans de meilleures conditions pour l'opérer secondairement.

Hémorragies graves.

Ces complications demandent un traitement de réanimation très important permettant aussitôt que possible l'intervention supprimant la cause de l'hémorragie.

Le plus souvent elle consistera en une nouvelle résection gastrojéjunale et une nouvelle anastomose type Finsterer.

Les perforations.

De tels cas se rencontrent assez rarement et presque toujours la solution la plus simple paraît la meilleure.

D'après les observations publiées, les trois quarts des auteurs se sont contentés d'une suture avec enfouissement, épiplooplastie ou accollement de l'anse sous-jascente. De très rares fois, l'état général du malade a permis de faire une recoupe gastro-jéjunale.

Au sujet des perforations précoces, les quelques cas publiés ont tous été traités par la suture.

D'après une de nos observations et une autre publiée, nous pouvons penser que cette intervention fut suffisante, non seulement pour sauver le malade, dans l'immédiat, mais aussi pour le guérir définitivement à l'aide d'un traitement médical adjuvant.

C'est devant cette constatation que nous sommes venus à admettre cette notion des « ulcères de rôdage ».

DU POINT DE VUE PRATIQUE.

Devant un malade qui souffre après avoir subi une gastrectomie, il faut rassembler un certain nombre d'arguments.

1. Faire le diagnostic de l'ulcère récidivant.

a) Par la clinique

Avec la douleur périodique, les vomissements fréquents ou des nausées répétées et un clapotage à jeun, devant un sujet présentant un état général très déficient : amaigri, asthénique et anémié.

b) Par la radiologie

Avec un signe direct, tel que la niche ou avec des signes indirects montrant un oedème de la bouche et un mauvais fonctionnement de celle-ci avec sa douleur à la pression sous écran.

c) Grâce à l'amplificateur de brillance

nous décelons plus facilement une niche, nous remarquons un obstacle par la lutte du passage de l'estomac vers le grêle Porcher remarque un signe très important ; la fixité de l'image suspecte au milieu des éléments gastriques et intestinaux dans leur déplacement péristaltique. Nous arrivons donc à déceler si ces troubles sont bien dus à un ulcère ou s'ils sont provoqués par une mauvaise position des éléments de la gastrectomie.

2) Juger si la gastrectomie intiale a été correcte ?

Dans la dimension de sa résection et par le fonctionnement de son anastomose.

3) Vérifier s'il n'existe pas un moignon pyloro-duodénal.

Décelant ainsi une insuffisance de résection vers la droite.

4) Observer l'efficacité du traitement médical mis en œuvre afin de juger s'il peut, à lui seul, rendre un confort relatif au malade.

Ce sera sur l'étude de ces éléments que nous déciderons une nouvelle intervention et qu'elle en sera sa technique. Cependant, même si aucun signe pathognomonique n'est mis en évidence, devant l'intensité de signes fonctionnels et généraux il y aura quelquefois intérêt à réintervenir.

IX. - D'APRÈS L'ÉTUDE DE CES 46 ULCÈRES RÉCIDIVANTS QUE PEUT-ON PENSER DE LA GASTRECTOMIE ?

Après cette étude sur les ulcères récidivants, bon nombre de réflexions surviennent à notre esprit. A propos du choix des traitements chirurgicaux pour les ulcères gastro-duodénaux, la gastrectomie constitue-t-elle la thérapeutique de choix ?

Depuis plus de vingt ans qu'elle est utilisée couramment, cette question revient toujours à l'ordre du jour, sous entendant, par le fait même, qu'elle ne satisfait pas l'ensemble des chirurgiens.

Ses résultats proches et éloignés permettent actuellement une critique tendant à établir une justification de cette méthode thérapeutique.

Devant les grands services qu'elle a rendu et qu'elle rend toujours, nous pouvons la considérer comme une intervention valable. Mais pour éviter ses échecs, devons-nous lui apporter de nouvelles modifications, ou devons-nous la remplacer par une autre opération qui semblerait lui être préférable ?

1) LA GASTRECTOMIE RESTE UNE BONNE OPERATION.

Actuellement, devant le recul que nous avons, l'ensemble des chirurgiens est d'accord pour reconnaître la grande valeur d'une bonne gastrectomie pour traiter chirurgicalement les ulcères gastro-duodénaux.

La thèse de Michotey (53) inspirée par M. le Pr de Vernejoul proclame la qualité de cette intervention. Sans condamner les autres techniques, elle recommande surtout d'utiliser celle d'Hofmeister, Finsterer chaque fois que cela est possible. Le chiffre de 0,8 % récidives, qu'ils apportent, est certainement très faible, donnant ainsi une grande preuve de la qualité de cette opération.

Aux Journées Méditerranéennes de gastro-entérologie de 1958, nous avons entendu M. Dor qui disait ne pas connaître d'échecs sur toutes les gastrectomies qu'il a faites suivant cette même technique.

Zallinger (51), en Amérique, en faisant une revue, constate souvent des pourcentages très bas d'ulcères récidivants inférieurs à 1 %, chez beaucoup de chirurgiens.

En lisant les articles parus à ce sujet, tous les auteurs sont unanimes pour reconnaître les conditions nécessaires, afin d'obtenir de bons résultats :

L'indication opératoire doit être bien précise et formelle, suivant la présence de l'ulcère, de son siège, de son évolution et de ses complications.

Le moment de l'intervention doit être bien choisi, en dehors de toute poussée ulcéreuse et après un traitement médical visant à réduire le processus inflammatoire.

Pour la technique à suivre, beaucoup de chirurgiens préfèrent celle d'Hofmeister, Finsterer. M. le Dr Barraya la pratique presque toujours.

Quant à sa réalisation, il est inutile d'ajouter qu'elle doit être aussi minutieuse que possible.

2) LA GASTRECTOMIE N'EST PAS ENTIEREMENT SATISFAISANTE.

Tout en considérant la gastrectomie comme une opération très valable, nous devons cependant admettre qu'elle ne donne pas entièrement satisfaction.

La récidive de l'ulcère qui nous préoccupe le plus constitue sa principale complication.

Ensuite, d'autres raisons plus ou moins importantes viennent réduire ses chances de succès complet.

A) L'ulcère récidivant.

Au début de ce travail, nous vous avons énuméré les statistiques relatives à leur fréquence suivies d'une critique. Sans les citer toutes de nouveau, rappelons les principaux chiffres parmi les plus récents :

Charrier (10) fixe à 5 % le taux des récidives ;

Finsterer en 1951 0,04 % ;

De Vernejoul (51) 0,6 % sur 2.600 gastrectomies ;

Hillemand trouve 6 % sur 169.

Pour les autres auteurs, le pourcentage varie entre 0,4 et 10 %.

Sur 1.107 gastrectomies faites par le Dr Barraya, huit malades sont revenus avec une récidive. Mais nous n'attachons aucune valeur à ce taux de 0,7 % de récidives car un trop grand nombre de malades a été perdu de vue.

En critiquant ces statistiques, nous avons admis, suivant l'expression de Gordet, que les chirurgiens péchaient « par défaut », ce qui s'explique facilement devant l'importante difficulté d'établir une statistique parfaite.

Cependant, ces données prouvent que la gastrectomie ne guérit pas radicalement la maladie ulcèreuse et que tout en étant faible, le nombre des récidives est encore trop important.

— Ces ulcères récidivants sont-ils curables ?

Par l'étude du traitement chirurgical des ulcères récidivants, nous avons vu les méthodes et les indications susceptibles de les guérir. Maintenant, nous voudrions juger les résultats pour en tirer une déduction.

D'après l'avis de certains auteurs, le traitement médical ne peut, à lui seul, guérir un ulcère récidivant, et, jusqu'alors, il n'est considéré que comme adjuvant.

La plupart des chirurgiens sont de cet avis, ainsi que nous-mêmes. Cependant, il existe une forme guérissable médicalement. André Lemaire et Marcel Aussannaire font remarquer que les formes précoces sont justifiables du traitement médical avec succès.

A propos de l'observation N° 37, nous sommes du même avis. Ce malade ayant fait une perforation de récidive d'ulcère 10 jours après la gastrectomie suturée dans les heures qui suivirent donnant ainsi la preuve de l'existence de la maladie a très bien guéri par la suite à l'aide d'un traitement médical seul.

Grassi à Rome a publié un cas semblable.

L'observation N° 33 note un cas similaire, mais le recul postopératoire trop court, n'a pas permis de conclure.

Par ailleurs, M. le Dr Barraya a parfois remarqué que certaines douleurs postopératoires immédiates cédaient avec un traitement médical anti-ulcéreux et ne se reproduisaient plus par la suite. Sur ces faits, il en a admis l'hypothèse d' « **Ulcère de rodage ou de réception** ».

L'explication peut être donnée par l'étude de l'acidité résiduelle. Deloyers, Xhigne et Brenner (53) ont remarqué que la courbe d'acidité postopératoire était quelques fois supérieure à celle précédant l'opération, puis qu'elle redescendait pour devenir nulle en quelques semaines. Moreno-Tinajero ajoute qu'une récidive peut se former avant la chute totale de l'acidité et guérir seule par la suite. Etant de cet avis, nous pensons qu'il est très utile de traiter médicalement tous les gastrectomisés récents qui présentent de nouvelles douleurs.

A part cette forme précoce, tous les autres ulcères récidivants sont justifiables du traitement chirurgical.

Nous ne voulons pas nous appesantir sur les résultats des opérations faites à minima visant plutôt à soulager que guérir tant l'état général du malade est mauvais, ni sur ceux des interventions pour une complication où l'état de celle-ci est plus important que l'ulcère proprement dit.

Au sujet de ces ulcères récidivants, non compliqués. M. le Dr Barraya est réintervenu 44 fois, pratiquant :

20 fois une nouvelle gastrectomie ;
20 fois une vagotomie ;
et 4 fois l'association des deux.

Sur les 20 regastrectomies :
bon résultat : 12
moyen résultat : 2
mauvais résultat : 4
1 malade a été perdu de vue sur les 4 mauvais résultats, 2 malades ont fait une perforation d'une récidive précoce au 10e et 24e jour après l'intervention.

Sur les 20 vagotomies :
bon résultat : 14
moyen résultat : 3
mauvais résultat : 2
1 malade a été perdu de vue.

Sur ces 20 vagotomies :
19 ont été réalisées par voie thoracique donnant :
bon résultat : 13
moyen résultat : 3
mauvais résultat : 3
1 malade a été perdu de vue.

Une seule fois la voie abdominale fut utilisée avec succès.
Enfin, 4 malades ont subi une association des deux méthodes :
bon résultat : 3
mauvais résultat : 1

Ce mauvais résultat a été amélioré par la suite par une vagotomie thoracique.

D'après ces 44 malades réopérés, nous pouvons penser que l'ulcère récidivant est une maladie curable car 5 seulement ont donné un mauvais résultat, et parmi ces 5, un malade a été amélioré par la suite par un Dragstedt.

Il est difficile de conclure qu'elle fut la meilleure méthode, les résultats étant assez semblables, cependant, la balance semble

pencher en faveur du Dragstedt et de préférence du Dragstedt thoracique.

Nous pensons qu'il ne faut pas être catégorique pour une méthode, mais qu'il est préférable de choisir celle-ci suivant la lésion elle-même dont les renseignements sont fournis par la clinique et la radiologie.

B) **Les autres causes.**

Au point de vue de sa mortalité :

Nous ne pouvons dire qu'elle soit exempte de tout danger. En une année, à la Mayo Clinic (51), les chirurgiens déclarent 4 décès sur 368 gastrectomies soit 1,2 %.

D'autres américains, Bartel et Dulin (51) avouent 1,6 % en 1947.

En France, l'ensemble des statistiques révèle une mortalité aux environs de 3 %.

Dernièrement, Hillemand est beaucoup plus pessimiste et reconnaît 25 % de mortalité.

Il faut cependant admettre que, comme dans toutes les interventions chirurgicales, la grande part de la mortalité est à rattacher plus à l'état général du malade qu'à l'intervention elle-même.

Les chiffres des chirurgiens sont assez bas par rapport à ceux d'Hillemand. Si les premiers pèchent par défaut, nous pouvons reprocher à Hillemand de ne confier à la chirurgie que les cas très rebelles au traitement médical, et par là même, en mauvais état général.

Au point de vue des complications postopératoires :

Cette intervention n'offre rien de particulier par rapport à toutes les opérations abdominales.

Elle peut être à la merci d'un lâchage de suture, d'une occlusion précoce ou tardive et de toutes les complications infectieuses.

Pas plus que les autres interventions, elle n'est à l'abri des complications générales : pulmonaires, cardiaques et vasculaires.

En principe, ce genre d'inconvénients doit être évité par une indication précise, une préparation soigneuse et une technique aussi parfaite que possible.

Enfin au point de vue du bien-être postopératoire :

La gastrectomie ne donne pas satisfaction.

Poilleux et Boucher en 1955 font à ce sujet un exposé bien détaillé.

a) Le « Dumping-syndrom » est une fâcheuse conséquence de ces troubles d'évacuation et de nutrition. Il peut être précoce, survenant 8 à 20 jours après l'intervention. Il serait d'origine mécanique. Ou il peut être tardif et plus grave, déterminé par une hypoglycémie réactionnelle.

Poilleux l'observe une fois sur cinq.

16 % précocement et 5 % tardivement.

b) L'anémie se voit dans 8 % des cas, presque toujours hypochrome.

c) Les hypovitaminoses sont fréquentes mais facilement corrigibles.

d) La perte de poids est une conséquence bien plus grave

10 à 15 % seulement ne perdent pas de poids.

52 à 57 % maigrissent légèrement et 20 à 28 % accusent un amaigrissement considérable.

e) La tuberculose pulmonaire est le corollaire des altérations de l'état général.

Sur 133, Hillemand en note 23.

f) Les troubles du comportement sexuel ne seraient que la conséquence d'un état de fatigue et d'asthénie.

Amaigris, asthéniques, inadaptés, grands douloureux, carencés, c'est l'échelle croissante des suites défavorables de la gastrectomie que M. Hillemand évalue à 48 %. En admettant le pessimisme de ce dernier, nous devons tout de même reconnaître l'inconfort procuré par la gastrectomie.

3) EST-IL POSSIBLE D'EVITER L'ULCERE RECIDIVANT SUIVANT LA TECHNIQUE DE LA GASTRECTOMIE ?

A cette question nous pouvons répondre oui et non.

a) **non :** Jusqu'alors, nous n'avons trouvé parmi la littérature, aucun auteur présentant une technique de gastrectomie évitant les récidives d'ulcère.

Les statistiques du début de ce travail montrent que tous les opérateurs, aussi brillants soient-ils, n'ont pu éviter cette complication.

b) **oui :** Malgré l'impossibilité d'avoir l'assurance de guérir définitivement un ulcéreux, nous sommes bien peprsuadés que certaines techniques occasionnent d'avantage des récidives, contrairement à l'avis de Gutmann reconnaissant peu d'importance à cette question. Dans l'étude étiologique de l'ulcère récidivant, ce problème a été longuement exposé.

Il est inutile de discuter au sujet des gastrectomies incomplètes, telles que la gastrectomie pour exclusion. C'est une opération de nécessité plutôt qu'une opération valable.

Au sujet des principales techniques, J. Perrotin accuse le Péan d'être favorable aux récidives, surtout s'il s'agit d'un ulcère duodénal.

Quant aux techniques anastomosant le jéjunum à la tranche gastrique, le problème repose sur la longueur de l'anse afférente. Actuellement, la préférence se porte vers l'anse courte rétro colique. Américains comme Européens reconnaissent qu'une anse afférente longue précolique favorise la récidive. Comme M. le Pr de Vernejoul dans la thèse de Michotey, nous pensons qu'une gastrectomie type Finsterer avec anse courte rétrocolique reste l'opération favorisant le moins la récidive de l'ulcère.

4) EST-IL POSSIBLE DE REMEDIER A CET ETAT DE FAIT, PAR UNE MODIFICATION DE LA GASTRECTOMIE OU PAR UNE AUTRE INTERVENTION ?

Voyant que la gastrectomie, telle qu'elle est effectuée actuellement, n'est pas l'opération idéale pour traiter les ulcères gastro duodénaux, le problème se pose de savoir si :

1° **On doit la modifier ;**

ou si

2° **On doit la remplacer par une autre intervention.**

a) **Doit-on modifier la technique de la gastrectomie ?**

Il nous paraît difficile de penser qu'actuellement une modification quelconque dans la technique donnerait des résultats plus favorables.

Des mises au point ont été apportées depuis sa création et maintenant uniquement des questions de détails sont seulement discutées.

A l'époque actuelle, une tendance vise à rétablir le Péan comme modification de la gastrectomie réalisée ces temps derniers. D'après les résultats apportés par certains auteurs, lors d'une

discussion au sujet des maladies de l'appareil digestif, en décembre 1957, nous pourrions penser que cette intervention réalise un progrès sensible surtout au point de vue des syndrômes fonctionnels. Cependant, J. Perrotin (64) n'est pas de cet avis, principalement du point de vue des récidives et tend à discréditer cette intervention malgré sa vogue récente. De toutes façons, ces nouvelles statistiques sont trop récentes, et l'étude des résultats éloignés permettra de donner une opinion plus exacte.

A Montpellier, Roux et Baumel (71) pratiquent une gastro-jéjunostomie coronaire avec éperon ; le principe consiste à conserver un plancher à l'estomac restant pour éviter un dumping-syndrom en limitant la vitesse d'évacuation du contenu gastrique.

Leurs résultats publiés en décembre 1957 montrent encore 9 % de mauvais résultats et 19 % de résultats moyens.

Une autre modification apparue dernièrement consiste à remplacer la partie gastro-duodénale réséquée par un segment jéjunal (Henley) ou par une partie du colon transverse (Moroney). En faisant la synthèse des rapports et des communications pour les maladies de l'appareil digestif, J. Perrotin (64) conclut que l'opération de Moroney doit être abandonnée vu le nombre important de récidives d'ulcères, et que l'opération de Henley n'est pas à faire pour traiter un ulcère duodénal.

b) **Doit-on la remplacer par une autre intervention ?**

Il semble difficile de trouver une autre intervention donnant de meilleurs résultats que la gastrectomie dans le traitement des ulcères.

— Pour les ulcères gastriques :

L'opinion est unanime à reconnaître l'utilisation de la gastrectomie. Les meilleurs résultats proviennent de ces cas. Et, de plus, elle élimine toute cause de dégénérescence possible.

— Pour les ulcères duodénaux :

L'exérèse est plus discutable. La gastro-entérostomie fut abanbonnée à cause de la fréquence des ulcères récidivants. En fait, les statistiques sur lesquelles cette opinion s'était faite sont très variables :

Butsh de la Mayo Clinic (51), donnait, avant la guerre 0,5 % alors que Berg de New York à la même époque atteignait 33 %. En France, ce chiffre variait entre 1 et 4 %.

Aujourd'hui, si l'on retourne en arrière c'est que :

d'une part la gastroentérostomie était alors « l'opération de l'ulcère » aussi bien des ulcus gastriques que duodénaux. Il est tentant de penser que ce pourcentage serait moins important s'il était possible de séparer les ulcères récidivants après gastro-entérostomie pour ulcère gastrique et ceux après gastro-entérostomie pour ulcère duodénal ;

d'autre part, et surtout parce que la gastrectomie qui devait théoriquement éliminer cette récidive n'a pas tenu ses promesses.

En 1957, Tiberi dans sa thèse inspirée par le Dr Barraya décrit une technique particulière de gastro-entérostomie. S'appuyant sur le fait, pour éviter toute stase, que la bouche anastomotique doit être déclive et près du pylore ; cette technique consiste à placer la bouche sur la grande courbure après l'avoir dégagée du grand épiploon, à un ou deux centimètres du pylore, réalisant ainsi une gastro-entérostomie **« en trappe prépylorique ».**

Sans être systématique, le Dr Barraya l'a pratiquée une quarantaine de fois. Chez tous ces malades, les résultats immédiats furent excellents. Cette technique que nous utilisons depuis 1952, a été d'abord épisodiquement effectuée, puis est devenue notre routine pour toutes les gastroentérostomies que nous effectuons actuellement.

Ainsi donc, bien des espoirs sont fondés sur cette technique nouvelle qui peut être facilement, et probablement sans danger, associée à une vagotomie, apportant plus de chance à son succès.

La vagotomie seule, dans la forme pure qui lui était assignée au début, répandue par L. R. Dragstedt pour traiter les ulcères duodénaux, n'a pas supplanté la gastrectomie. Si sa mortalité est minime, le pourcentage de récidives est trop élevé ; Moore reconnaît 7 % de récidives.

La section des vagues seule n'est pas valable, car elle entraîne trop souvent une sténose pylorique par la suite défavorable.

La vagotomie associée avec une dérivation, telle que L. R. Dragstedt le conseille actuellement.

Le but de cette méthode consiste à bénéficier de la vagotomie, en supprimant l'effet néfaste de la sténose du pylore.

1) Associée à une pyloroplastie ou une gastro-entérostomie.

Par un récent entretien, nous avons pu savoir que L. R. Dragstedt associait, de préférence, 40 fois sur 100, la vagotomie à une pyloroplastie du type de Weinberg, et 60 fois sur 100, la vagotomie a une gastro-entérostomie « en trappe prépylorique ».

Se basant sur le même principe, M. le Dr Barraya associe souvent une vagotomie avec une gastro-entérostomie en « trappe prépylorique » le long de la grande courbure.

Jusqu'alors, les résultats semblent prometteurs, mais le temps de justification est encore trop court pour affirmer cette conduite.

2) Associée à une gastro-duodénostomie.

Lagrot réalise une technique similaire en associant la section des vagues avec une gastro-duodénostomie. Le manque de recul empêche également toute conclusion.

Le temps de justification nécessaire est encore insuffisant pour avoir une opinion exacte sur la valeur de ces différentes méthodes d'association. Si jusqu'alors la technique employée par M. le Dr Barraya semble donner entière satisfaction, pour les cas bien spéciaux où elle fut effectuée, nous devons attendre plusieurs années pour confirmer ces résultats.

Cependant, ces méthodes présentent un avantage certain du fait que par la suite, si le résultat obtenu est défectueux, il est toujours possible de recourir à la gastrectomie placée en réserve.

X. - DÉDUCTIONS

Malgré les quelques inconvénients qu'elle présente, la gastrectomie ne doit pas être abandonnée. Comme le pense M. le Pr de Vernejoul, nous sommes persuadés qu'elle reste une bonne intervention, à condition que son indication soit bien posée et que sa réalisation soit effectuée d'une façon parfaite.

Si elle entraîne quelques échecs, nous sommes bien sûrs qu'ils sont assez rares quand ces conditions sont réalisées. Nous pensons par l'étude des statistiques les plus pessimistes qu'il s'agit, le plus souvent, d'indications trop strictes, ou que la technique n'est pas effectuée parfaitement, tel le cas des résections insuffisantes ou des gastrectomies pour exclusion, sans entrer dans tous les petits détails de techniques.

Afin d'éviter les syndrômes fonctionnels consécutifs à une résection gastrique, nous préférons tenter une intervention non mutilante, telle qu'une gastro-entérostomie en trappe prépylorique dans les cas d'un ulcère duodénal chez un sujet jeune, particulièrement chez la femme ou chez certains sujets âgés ou tarés pour lesquels la gastrectomie aggraverait presque à coup sûr les troubles nutritionnels, ou encore chez certains malades porteurs d'un ulcère scléreux dont les troubles sont plutôt dus à la sténose incomplète provoquée.

De cette manière, en cas d'échec, nous pourrons toujours, par la suite, revenir en arrière, ou effectuer une gastrectomie encore possible.

Dans bien des cas, une vagotomie associée à cette gastro-entérostomie favorisera d'avantage les chances de succès en supprimant l'origine nerveuse de la sécrétion acide.

Enfin, en dernier recours, après l'échec de la gastro-entérostomie et de la gastrectomie ; nous admettons la grande utilité du Dragstedt par voie thoracique qui apporte d'assez bons résultats dans des cas parfois très rebelles.

XI. - OBSERVATIONS

OBSERVATION I

M. A... Léon, né en 1902 (Dr Girard)

1928. — Ulcère duodénal classique.

1936. — 1re INTERVENTION (à Toulon) : Gastroentérostomie. Amélioré pendant trois ans, puis reprise des troubles.

1946. — 2e INTERVENTION (à Toulon) : Ulcère petique. Gastrectomie de la moitié de l'estomac.
Examen histologique : « gastrite ». Recommencé à souffrir immédiatement après. Crampes tardives très pénibles.

9 novembre 1949. — Vient à notre consultation souffrant énormément depuis un mois.
RADIO : Image nette d'ulcère peptique de 15 mm. de diamètre sur la bouche.

26 septembre 1949. — 3e OPERATION : Dr Barraya, anesthésiste Dr Miniconi. Gros noyau scléreux à la face postérieure de la bouche. Au centre : ulcère perforé et bouché sur le pancréas.
1° Résection du grêle termino-terminale ;
2° Finsterer laissant 1/3 de l'estomac ;
3° Cure d'éventration.
Sorti le 5 octobre 1949.

1954. — Gastrorragie, réapparition des douleurs. Traitements multiples en plusieurs lieux. L'éventration s'est reproduite.

30 mars 1956. — RADIO : Deux ailerons sur l'anse afférente semblent caractériser un **ulcère peptique.**

6 août 1956. — L'image n'est pas retrouvée.

26 mars 1958. — Va très bien, nous écrit : « Résultats merveilleux. Je me demande comment j'ai été malade, je ne suis aucun régime. Bravo à tous. »

OBSERVATION II

M. A... Richard, né en 1896

Février 1941. — Ulcère du pylore. 1re INTERVENTION : Gastroentérostomie.

Avril 1941. — 2e INTERVENTION : Sténose de la première bouche. Nouvelle gastroentérostomie.

Août 1941. — 3e INTERVENTION : Perforation d'un ulcère peptique. Suture.

Février 1942. — 4e INTERVENTION : Libération d'adhérences.

Avril 1945. — 5e INTERVENTION : Gastrectomie subtotale.

Août 1948. — 6e INTERVENTION : Nouvelle intervention gastrique, indéterminée.

Novembre 1949. — 7e INTERVENTION : Libération d'adhérences.
Toutes ces interventions ont eu lieu dans d'autres cliniques.
Depuis le malade continue à souffrir de douleurs violentes, presque permanentes, non influencées par les repas, irradiant dans le dos.

4 mars 1950. — 8e INTERVENTION : Dr BARRAYA, Hôpital Pasteur ; Anesthésiste Dr Miniconi.

On trouve une gastrectomie avec section du moignon gastrique suturé. Il existe une anastomose transméso-colique entre la face postérieure du moignon gastrique et le jéjunum. A ce niveau on trouve un ulcère peptique, perforé et bouché dans la paroi colique. On le détache et on fait une épiplooplastie avec le méso-colon. Il existe en outre deux anastomoses le long de la grande courbure, toutes deux pré-coliques. La première, plus à gauche, est d'un diamètre de 1 centimètre et la deuxième, à peine plus large, est très à gauche sur la grande courbure. Cette dernière bouche est le siège d'un ulcère peptique de trois centimètres de diamètre, perforé et bouché contre la paroi antérieure de l'abdomen. On laisse le fond de l'ulcère qu'on se contente d'aseptiser. On repère l'angle doudéno-jéjunal et la partie initiale du jujénum. De même on cherche la première anse que se trouve au-delà de toutes les gastroentérostomies. Résection du grêle entre ces deux points. Suture termino terminale.
Gastrectomie large (Finsterer) laissant 1/3 de l'estomac.
Sorti le 20 mars 1950, en bon état général.

1956. — Bonnes nouvelles, mais imprpécises.

22 mars 1958. — Répond par lettre : « Je me porte très bien, je n'ai ressenti plus aucune souffrance, je ne suis aucun régime, je me sens vingt ans de moins après avoir passé toute ma jeunesse à souffrir de l'estomac. »

OBSERVATION III

M^me^ A... Pierrine, née en 1911

1929. — Douleurs précoces avec vomissements ; crise de un à deux jours tous les quinze jours.

1936. — Aggravation malgré le traitement médical.

Mai 1939. — 1^re^ INTERVENTION par un autre chirurgien : Gastrectomie Polya. Suites normales.

Février 1949. — Reprise des crises.

22 mars 1949. — 2^e^ INTERVENTION : Hôpital Pasteur, D^r^ Barraya ; Nombreuses adhérences. Ulcère peptique de 3 centimètres de diamètre. Ulcère sur le bord antérieur de la ligne de suture. Résection du grêle. Anastomose termino terminale. Gastrectomie Finsterer laissant entre 1/4 et 1/3 de l'estomac.
Sorti le 22 avril 1949.

30 avril 1949. — Souffre toujours après les repas. Traitement médical.

21 avril 1951. — Se plaint encore des brûlures très diffuses de l'estomac, de la bouche, de l'anus, du vagin. Traitement médical poursuivi.

11 décembre 1952. — Hospitalisée à Saint-Roch pour cholecystite.
Traitée médicalement.
Nous avons peu de renseignements sur les circonstances de cette hospitalisation.
Cette malade nerveuse, hyperexcitée a disparu sans laisser d'adresse.

OBSERVATION IV

M. B... Georges, né en 1896

1914. — Syndrôme dysenteriforme avec syndrôme dyspeptique mal défini à cette époque (sans précision).

1917. — 1re INTERVENTION : Pylorectomie.

Etat satisfaisant.

Mars 1948. — Syndrôme dyspeptique ; douleurs deux heures après les repas. Ulcère de la petite courbure (niche de 8 mm). Traitement médical inéfficace.

8 octobre 1948. — 2e INTERVENTION : Hôpital Pasteur, Dr Barraya : Adhérences importantes. Gastrectomie Finsterer en laissant de 1/4 à 1/3 de l'estomac. Sur la pièce, ulcère à la jonction gastro-duodénale 15 mm × 5 mm sans profondeur.
Sorti le 21 octobre 1948.
A convoquer à nouveau.

16 mars 1958. — Le malade écrit : « Après une période d'adaptation assez longue un ou deux ans, je mène une vie presque normale. Je suis obligé de rester au repos une heure environ après les deux principaux repas. Je ne supporte ni vin ni alcool et souffre souvent de brûlures d'estomac. J'ai gardé en plus une grande nervosité. La moindre contrariété surtout pendant les repas peut provoquer des diarrhées violentes et instantanées. Je continue à voir le Dr Girard.
« Je vous remercie beaucoup de ce que vous avez fait pour moi. »

OBSERVATION V

M. B... Hugo, né en 1896

1954. — Début brûlures, progressivement aggravées. Pas d'image radiologique d'ulcère.

28 avril 1954. — 1re OPERATION (dans une autre clinique) : Gastrectomie (des 2/5). Pas d'ulcère mais œdème du deuxième doudénum au-dessus de l'ampoule de Vater.
Suites normales.

Mai 1954. — Sténose au-dessous de l'anastomose.

28 mai 1954. — 2e OPERATION (même chirurgien) : On trouve deux ulcères jéjunaux (?) Durée cinq heures. Opération mal connue du malade.
Depuis souffre encore, surtout depuis septembre 1954, douleur épigastrique continue. Vomit bile.
ANTECEDENTS. — Longue histoire de colibacillose.

1948. — Prostatectomie.

16 novembre 1954. — Consultation : Drs Barraya, Caroli, Girard, Barraya.
On décide :

24 novembre 1954. — 3e OPERATION : Belvédère Dragsted par voie thoracique au lieu d'élection.

14 décembre 1954. — Sortie de la clinique.
Pas de nouvelles de ce malade depuis (n'habitait pas la région de façon permanente).
A convoquer.

22 mars 1958. — Nouvelles transmises par son médecin :
« Se sentait soulagé au point de vue gastrique, mais était découragé par ses troubles généraux urémie (on lui a enlevé un rein il y a des années). Mort d'urémie, en janvier 1957. »

OBSERVATION VI

M. B... Hamid, né en 1922)

1942. — Début des phénomènes douloureux.

1943. — 1re INTERVENTION : Gastroentérostomie.

1943-1948. — Bon état.

1948. — Recommencé à souffrir deux heures après les repas, tous les jours.

1952. — 2e INTERVENTION : Appendicectomie.

1953. — 2e INTERVENTION : Degastroentérostomie, gastrectomie et anastomose en « Y ».

1954. — Recommencé à souffrir ; maigri de 8 kilos méléna.
RADIO : Rien de net ; fonctionnement correct du transit.

16 janvier 1954. — 4e INTERVENTION : Hôpital Pasteur, Dr Barraya ; anesthésiste, Dr Miniconi. Dragstedt par voie thoracique au lieu d'élection. Sorti le 22 décembre 1954.

Février 1955. — Reprise des phénomènes douloureux épigastriques.

29 avril 1955 : RADIO : Image d'ulcère peptique pas très nette.

5 juin 1955. — Continue le traitement médical qui rend sa vie à peu près supportable.
Pas revu depuis.
A convoquer à nouveau.

23 mars 1958. — Nord-Africain, parti sans laisser d'adresse.

OBSERVATION VII

Mme B... Jeanne (Dr de Giovanni)

Dès l'âge de vingt ans, souffrait de l'estomac.
1937. — RADIO : Ulcère pylorique (versant gastrique).

Avril 1937 : 1re OUERATION : (dans une autre clinique), Gastroentérostomie.

Août 1938 : 2e OPERATION : Gastrectomie Finsterer ou Polya (1/3 de l'estomac). Il reste sur la radio 17 cm de petite courbure.
Soulagée jusqu'en 1939, puis quelques petits troubles.
1946. — Souffre davantage.
RADIO : La bouche fonctionne ; niche d'ulcère peptique sur le bord gauche de la bouche.

14 février 1947. — 3e OPERATION : Dr Barraya, Belvédère.
Ulcère peptique sur le bord gauche de la bouche :
1. Suture latérale du grêle ;
2. Gastrectomie plus large (laissant le tiers de l'estomiac) ;
3. Résection de 3 à 4 cm du moignon distal (vers le duodénum), qui était resté long.
Sortie le 28 février 1947.
Depuis la malade n'est pas en très bon état. Elle dit souffrir autant qu'avant l'intervention et de la même façon.
La radio ne montre cependant (12 mai 1952) pas d'anomalie apparente du fonctionnement gastro jéjunal, sauf un léger reflux dans l'anse afférente.
La malade n'a plus été revue depuis le 7 mai 1952.
Malade à convoquer à nouveau.

20 février 1958. — « Se sent mieux, a repris son travail de ménagère, mène une vie convenable.
Pèse 42 kilos, comme avant l'opération.
Quelques migraines, mais spasmes oddiens radiologiquement décelé.
Très rarement, 5 à 6 fois par an, douleurs passagères peu importantes, une heure après les repas pendant quelques jours, n'ayant jamais nécessité aucun traitement. »

OBSERVATION VIII

M. B... Paul, né en 1911 (Dr Bensa)

Malade syphilitique.

1946. — Périodes douloureuses avec calme allant de 1 à 7 mois. Vomit parfois.

1954. — Douleur irradiée au dos, subintrante. A maigri.

1956. — RADIO : Ulcère petite courbure près du pylore.

Mai 1956. — 1re INTERVENTION : (dans une autre clinique) gastrectomie. Pas très bien pendant six mois, puis douleurs à nouveau. Crise subintrante, vomit, ne peut ni boire ni manger sans douleur.

5 mai 1957. — RADIO : Gastrectomie, jéjunite, passages normaux vers l'anse afférente.

24 juillet 1957. — 2e INTERVENTION : Dr Barraya, Belvédère.
Opération de Dragstedt par voie thoracique, au lieu d'élection.
Sorti le 1er août 1957. A convoquer à nouveau.

Mars 1958. — Beaucoup mieux après la deuxième intervention. Cinq petits repas. N'a plus de douleurs gastriques.
Travail un peu réduit.
Parfois petites faiblesses avec transpiration, mais sans importance.
A grossi de 5 à 6 kilos.

OBSERVATION IX

M. B... Gaston, né en 1915

1931. — Troubles oculaires.

1942. — En captivité, crise douloureuse de quinze jours à un moi, tous les 2 à 4 mois ; hématémèse.

20 mai 1947. — 1re INTERVENTION : Hôpital Pasteur, Dr Barraya. Gastrectomie Polya pour ulcère duodénal laisant un tiers de l'estomac.
Sorti le 2 juin 1947 ; suivi depuis ; recommence à souffrir en octobre 1947.

2 décembre 1947. — RADIOGRAPHIE et GASTROSCOPIE : Ulcère à la hauteur de la bouche. Soulagé par le traitement médical jusqu'en

Juillet 1948. — Reprise du syndrôme douloureux une demi-heure après les repas, irradié en ceinture dans le dos. Vomissements.

7 septembre 1948. — 2e INTERVENTION : Hôpital Pasteur, Dr Barraya.
Opération de Dragstedt par voie thoracique au lieu d'élection.
Sorti le 25 septembre 1948. Ne souffre plus du tout.

6 novembre 1948. — Excellent état. A convoquer à nouveau.

Mars 1958. — Parti sans laisser d'adresse.

OBSERVATION X

M. C... Jean, né en 1891 (Dr Oriol)

1940. — Syndrôme douloureux attribué à un ulcère de l'estomac de siège non précisé.

24 février 1948. — 1re INTERVENTION : Hôpital Pasteur, par un autre chirurgien. Gastrectomie.

Janvier 1951. — Recommence à souffrir d'une façon diffuse avec des vomissements. Les choses s'aggravent, malgré le traitement médical. On décide de réopérer (Meyer positif).

12 août 1951. — 2e INTERVENTION : Hôpital Pasteur, Dr Barraya. Dragstedt par voie thoracique au lieu d'élection.
Sorti le 2 août 1951.

22 décembre 1951. — Quelques douleurs au niveau de la cicatrice (la côte avait été reséquée). Parfois douleurs post-prandiales, mais peu importantes. A convoquer à nouveau.

22 mars 1958. — D.C.D. Sa femme écrit et dit que le Dr Oriol connaît l'histoire. Elle se propose pour d'autres renseignements. M. Chauufé le verra.

27 mars 1958. — Le Dr Oriol ne s'en souvient plus.

10 avril 1958. — Vu sa femme. A été satisfait de son intervention, puis est apparu un cancer du poumon, dont il est mort l'année suivante, le 11 février 1952.

OBSERVATION XI

M. C... Henri, né en 1907

1924. — Périodes douloureuses de un mois et demi, malgré des périodes de repos de trois à quatre mois.
Diagnostic radiologique : Ulcère du duodénum.

1934. — 1re INTERVENTION : (Dans une autre clinique). Gastroentérostomie.

1936. — Nouvelles douleurs incoercibles, malgré le traitement médical.

1936. — 2e INTERVENTION : (Dans une autre clinique.) Gastrectomie au bouton, avec jéjuno-jéjunostomie.

1937. — Les douleurs reprennent.

1939. — Hémorragie ; deux transfusions ; trois mois de lit.

1944. — Nouvelle hémorragie. Hospitalisation huit jours. Depuis continue à souffrir, mais plus modérément.
Examen radiologique : Hypersécrétion et gêne du transit. Fistule gastro-jéjuno-colique.

20 juillet 1946. — 3e INTERVENTION : Clinique Belvédère. Dr Barraya.
Ulcère peptique sur le bord antérieur de la bouche avec fistule gastro-jéjuno-colique.
Suture du colon. Adhérences multiples. Résection du grêle. Gastrectomie Polya, laissant entre un tiers et un quart de l'estomac.
Sorti le 19 septembre 1946, après une complication pulmonaire. Atelectasie probable.

21 janvier 1947. — Excellent état. Engraissé de 6 kilos depuis la sortie.
A convoquer à nouveau.

10 avril 1958. — Va très bien. A grossi de 4 kilos environ après son opération de 1946. 5 repas. Pas de régime. Plus eu de douleurs. Travaille normalement.

OBSERVATION XII

M. C.., Bruno, né en 1913

1933. — Douleurs épigastriques une à deux heures après les repas. Périodes de quatre à cinq jours d'intervalle. Plusieurs mois sans souffrir. Les douleurs devenant importantes :

4 mai 1945. — 1re INTERVENTION : (Dans une autre clinique.) Exploration de l'estomac et du duodénum. Pas d'ulcère. Diagnostic approximatif : pancréatite, appendicectomie.
Ayant recommencé à souffrir après une période de calme, le malade est réopéré en

1948. — 2e INTERVENTION : (A Lyon.) Gastrectomie (Finsterer ou Polya). D'abord très amélioré.

1952. — Reprise des crises avec le même rythme qu'avant l'opération. Hématémèse. Traitement médical sans succès. Puis aggravation des crises, malgré le traitement.
RADIO : Pas de précisions diagnostiques.

18 mars 1952. — 3e INTERVENTION : Hôpital Pasteur. Dr Barraya, anesth. Dr Miniconi.
Volumineux ulcère peptique de la face postérieure de la bouche, perforé et bouché par le mésentère du grêle. Resection du grêle. Suture termino terminale. Résection de 8 cm de l'estomac, dont il reste, en fin d'intervention, entre un quart et un tiers.
Sorti le 29 mars 1952.

27 juin 1952. — Bon état général et digestif. A convoquer à nouveau.

22 février 1958. — A repris son travail de plâtrier. Les douleurs ont entièrement disparu. Bon appétit. Aucun régime (2 litres de vin par jour). Trois repas par jour. Une fois par mois environ, sans raison spéciale, régurgitation bilieuse. A repris son traivail normalement. A repris son poids habituel. Se considère comme entièrement satisfait.

OBSERVATION XIII

Février 1945. — Hématémèse après quelques troubles dyspeptiques.

15 février 1946. — 1re INTERVENTION : (Dans une autre clinique.) Gastro-entérostomie pour ulcère duodénal.

9 décembre 1947. — Nouvelle hématénèse.
RADIOGRAPHIE : L'anastomose fonctionne mal, et on voit encore l'ulcère duodénal.

21 février 1947. — 2e INTERVENTION : (Dans une autre clinique.) Excision de la bouche de Gastroentérostomie, Gastrectomie Polya-jéjunostomie.

13 septembre 1947. — Consulte pour de nouvelles douleurs une à trois heures après les repas, irradiées dans le dos. Hémorragies peu abondantes, mais fréquentes.
RADIOGRAPHIE : Ulcère peptique sur la bouche.

29 septembre 1947. — 3e INTERVENTION : Hôpital Pasteur. Dr Barraya. Dragstedt par voie thoracique au lieu d'élection. Sorti le 16 octobre 1947. Résultat spectaculaire. Les douleurs subintrantes, avec l'opération, ont cessé aussitôt après, mais ce malade n'a pas été revu.
A convoquer à nouveau.

15 mars 1958. — Il écrit : « Je suis très heureux de vous dire que jusqu'à présent ma santé a été bonne ; je n'ai rien à vous signaler de particulier à ce sujet. Trois à quatre repas par jour, aucun régime. Très satisfait de mon sort (77 ans).

OBSERVATION XIV

M. D... Joseph, né en 1892

ANTECEDENTS :
1932. — Intoxication saturnine.
1937. — Syndrôme douloureux épigastrique avec vomissements.

1937. — 1re INTERVENTION (A Lyon.) Pylorectomie.
Cinq mois de sédation.

1938. — 2e INTERVENTION : (A Rouen.) Cure d'éventration.
Peu de temps après, quelques périodes douloureuses, puis sédation jusqu'en

1943. — Crise douloureuse avec vomissements.

Fin 1943. — 3e INTERVENTION : (Dans une autre clinique.) Polya ou Finsterer laisant la moitié de l'estomac. Reprise presque immédiate des douleurs.

9 mai 1945. — 4e INTERVENTION : Hôpital Pasteur. Dr Barraya. Adhérences extrêmement serrés. L'anse afférente en particulier est pliquaturée sur la bouche. On se contente de libérer toutes ces adhérences et de réséquer le grand épigloon.
Etat satisfaisant jusqu'en avril 1947.
Reprise des douleurs avec vomissements bilieux.

8 mai 1947. — 5e INTERVENTION : Dr Barraya. Dragstedt par voie thoracique au lieu d'élection.
Excellent état.

15 décembre 1949. — Bon état digestif.
Revient pour être opéré d'une fistule anale.

Mars 1950. — Traumatisme de l'épaule. Toujours bon état digestif.
Convoquer à nouveau.

22 mai 1958. — Aucune nouvelle précise.
Serait décédé quelques années après l'intervention.

OBSERVATION XV

M. D... Mario, né en 1891 (Dr Panzani)

1946. — 1re OPERATION : (Dans une autre clinique.)
Ulcère duodénum. Gastrectomie (Finsterer ou Polya).

Septembre 1949. — Reprise des douleurs tous les jours, deux heures après les repas, sans irradiation, sans vomissement.

25 mai 1950. — 2e OPERATION : Hôpital Pasteur. Dr Barraya ; anesthésiste, Dr Miniconi. Dragstedt par voie thoracique au lieu d'élection.
Sorti le 10 juin 1950.
A convoquer à nouveau.

22 mars 1958. — Un an après l'opération, douleurs épigastriques, comme avant l'opération. Le traitement, ayant été inefficace, a été réopéré dans une autre clinique. Pas de renseignements précis sur l'intervention. D'après les radios, il aurait eu une gastrectomie laissant un moignon de un cinquième de l'estomac environ. Un an plus tard, douleurs aussitôt après les repas. Sensation de plénitude gastrique, lassitude, vertige, diarrhées fréquentes. Na pas maigri. N'a pu jusqu'ici s'astreindre à plus de trois repas par jour.

OBSERVATION XVI

M. D... Andréas, né en 1892 (Dr Siraga)

1930. — Début d'un syndrome douloureux épigastrique avec hématémèse.

1944. — 1re OPERATION : (En Grèce.) Gastrectomie pour ulcère duodénal.

1944-1946. — Etat excellent.

1953. — Melena.
Radio : ulcère peptique (à New-Yorch).

Octobre 1954. — Idem.

8 juillet 1955. — Depuis quelques semaines : diarrhée. Après une douleur nocturne, répétée chaque nuit depuis huit jours, quatre heures avant la consultation, douleur violente, vomissement alimentaire. Ventre de bois.
2e OPERATION : Dr Barraya. Belvédère.
Péritonite par perforation d'un ulcère peptique (après gastrectomie) de l'extrémité gauche de la branche anastomotique, ouvert dans l'étage sous-mésocolique. Suture de l'ulcère. Pendant les manœuvres de libération des adhérences, la rate se déchire. Splénectomie.
Sorti le 30 juillet 1955. Pas revu depuis.
A convoquer à nouveau.

22 mars 1958. — Ami de M. Niarkos, armateur. Celui-ci lui a écrit récemment à New-York, où le malade se trouve actuellement.
A ce jour, pas encore de réponse.

OBSERVATION XVII

M. D... Gustave, né en 1891 (Dr Boyer)

1949. — 1re OPERATION : (Dans une autre clinique.)
Perforation d'ulcère (siège indéterminé).
Gastrectomie Finsterer ou Polya.

Septembre 1953. — Douleurs épigastriques tardives avec souvent irradiation ascendante. Impression de brûlure jusqu'à la gorge.

Avril 1953. — RADIO : Petite hernie diaphragmatique par glissement (volume d'une noix).
Pas d'image nette d'ulcère peptique. Pas de trouble de transit.

23 juillet 1953. — 2e OPERATION (Belvédère) : Dr Barraya, anesthésiste Dr Miniconi.
Par voie thoracique :
1° Opération de Dragstedt au lieu d'élection ;
2° Cure de la hernie diaphragmatique par le procédé d'Allison.
Sorti le 8 janvier 1954.
Depuis l'état n'est pas excellent. Le malade se plaint encore de pyrosis, « acidité ». Une gastroscopie décèle une muqueuse gastrique semblant hyperhemiée. Le pourtour de la bouche est normal, sauf en arrière où on voit une ulcération à fond grisâtre.
Radiologiquement : ni hernie, ni reflux, ni image anormale.
Un traitement a été entrepris mais le malade n'a pas été revu après le 9 décembre 1955.
A convoquer à nouveau.

26 avril 1954. — Se plaignait acidité et douleurs sans horaire.

6 février 1958. — A continué à se plaindre d'une abondante salivation.

14 janvier 1958. — 4e OPERATION dans une autre clinique.

18 janvier 1958. — 5e OPERATION.
Ces deux opérations ayant porté sur le cerveau ? Ayant arrêté la salivation momentanément. (Lobotomie ?)
Le malade a fini par se présenter comme psychique (tentative de suicide, l'abondante salivation ayant repris).
Au point de vue gastrique son état paraissait convenable.

OBSERVATION XVIII

1933. — Fièvre thyphoïde.

1937. — Histoire type d'ulcère duodénal.

1939. — 1re INTERVENTION : (dans une autre clinique)
Gastrectomie ; anastomose au bouton.
Excellent état par la suite.

1942. — Apparition de nouvelles douleurs, tardives.
RADIO : Bouche très étroite — transit ralenti — image de niche sur l'anse afférente.

5 décembre 1945. 2e INTERVENTION : Clinique du Belvédère. Dr Barraya. Bouche anastomotique en place normale, mais d'un calibre minime de 5 mm. Sur la face antérieure de l'anastomose ulcère de 4 mm. de diamètre perforé et bouché par le mésocolon. Résection du grêle. Anastomose termino terminale. Finsterer laissant 1/4 de l'estomac.
Sorti le 16 décembre 1945.

22 août 1946. — Excellent état.
A convoquer à nouveau.

15 février 1958. — « Résultats merveilleux. Différence de 100 %, vous ne pouvez pas vous en faire une idée, dit le malade. »
Quatre repas pendant cinq ans, puis les trois classiques avec un goûter à 16 heures.
Aucun régime, boit un peu de vin, digère mieux « s'il prend un cognac ».
Jamais aucune brûlure.
Les petits malaises des premières années (post-prandiales) ont disparu.
Selles normales.
Pèse 4 kg de plus qu'avant l'intervention.

OBSERVATION XIX

Mme G... Lucie, née en 1921 (Drs Lochon et Fagès)

1942. — Vomissements sans épisode douloureux. Ulcère pylorique.
1re OPERATION : (dans une autre clinique.)
Gastroentérostomie au bouton.
Pas d'amélioration.

Trois mois après. — 2e OPERATION : (dans une autre clinique.)
Gastrectomie (Péan).

1942-43. — Aucun trouble.

1943-51. — Douleurs post-prandiales, nausées, vomissements.

1951. — 3e OPERATION : (à Cannes.)
Libération d'adhérences.

1951. — Salpingite gauche.

Février 1952. — Coliques néphrétiques ; ultérieurement reprise des douleurs.

13 janvier 1953. — 4e OPERATION : Dr Barraya, Hôpital Pasteur.
On trouve une gastrectomie de type Péan et une gastro-entérostomie complémentaire. Désinsertion de la gastro-entérostomie. Suture du jéjunum. Gastrectomie de type Finsterer laissant 1/3 de l'estomac.
Sortie le 31 janvier 1953.

6 janvier 1954. — Souffre de douleurs vagues épigastriques et d'un syndrôme hépato vésiculaire.
Radiothérapie.

14 mai 1955. — Pesanteur digestive. Striction de la partie basse du thorax après les repas. Le traitement médical est poursuivi sans succès.

10 septembre 1955. — Revu pour la dernière fois en pas très bon état.
A convoquer à nouveau.
Impossible à contacter.
Renseignements transmis par l'assistante sociale : « Se saôule et elle court. »
Pas de renseignements sur son fonctionnement gastrique.

OBSERVATION XX

M. G... Faustin, né en 1889. Dr Gandelon

1935. — Syndrômes douloureux épigastriques précoces, avec vomissements. Traitement médical. Jusqu'en mai 1943 aucun trouble.

Mai 1943. — En allemagne reprise des douleurs et des vomissements.

31 mars 1945. — 1re INTERVENTION : (dans une autre clinique.)
Gastrectomie Polya laissant la moitié de l'estomac. Pas d'ulcère visible.

2 novembre 1946. — Bon état digestif.
2e INTERVENTION : Cure radicale de hernie inguinale.

Février 1947. — Reprise des douleurs épigastriques.

13 mai 1947. — 3e INTERVENTION : Hôpital Pasteur. Dr Barraya.
Dragstedt par voie abdominale au niveau de l'œsophage abdominal. Pas d'ulcère peptique visible.
Sorti le 24 juillet 1947.

24 octobre 1954. — Douleurs périodiques une à deux heures après les repas pendant 10 jours.

6 novembre 1954. — Amélioré par le traitement médical depuis la dernière consultation.
A convoquer à nouveau.

22 février 1958. — Bon aspect. N'a plus eu de douleurs. Bon appétit. Mange bien sans régime. Jamais de vomissements. Trois repas. Quelques nausées. Poids stationnaire. Très satisfait.

OBSERVATION XXI

M. G.., Albert, né en 1910

1945. — Début crises douloureuses tardives.
Diagnostic **ulcère duodénal.**
Plusieurs crises par an ; traitement inefficace.
Pas d'altération état général.

20 avril 1955. — 1re OPERATION : (dans une autre clinique.)
Gastrectomie Finsterer (1/2 de l'estomac).

1956. — Début de nouvelles crises.
Vu Dr Guttmann. Diagnostic : **Ulcère peptique.**
Traitement médical inefficace.

23 mai 1956. — Vien nous consulter (« souffre comme en enfer » (sic).

21 juin 1956. — 2e INTERVENTION : Dr Barraya, anesthésiste Dr Miniconi. Clinique Belvédère.
Ulcère peptique de 2 cm de diamètre sur la ligne d'anastomose en avant, perforé et bouché contre le méso colon épaissi.
1° Opération de Dragsted abdominale (mauvaises conditions anatomiques). Les branches sont sectionnées à la hauteur du cardia et non en regard de l'œsophage comme d'habitude.

2° Recoupe de l'estomac Finsterer laissant 1/4 de la taille primitive de l'estomac.
3° Résection du grêle ; termino terminale.
Sorti le 28 juin 1956.

19 décembre 1956. — SUITES : Quelques douleurs post-prandiales de l'épigastre et de l'hypochondre droit. Proposé traitement médical et investigations radiologiques estomac et vésicule.
Dans l'ensemble bon état.
A convoquer à nouveau.

22 mai 1958. — A recommencé à souffrir tout de suite après l'opération exactement de la même façon.

Novembre 1957. — 3e INTERVENTION (Lausanne). Dragstedt par voie thoracique. Depuis n'a plus souffert. Se considère en bon état sauf quelques gênes postprandiales. A repris son travail.

OBSERVATION XXII

M. G... Martin, né en 1911. Dr Oriol

1938. — Douleurs sourdes calmées par les aliments. Souffre tous les jours sans rémission.
RADIO : Ulcère duodénal.

18 décembre 1941. — 1re INTERVENTION : Clinique Belvédère. Dr Barraya. Ulcère duodénal. Gastrectomie Finsterer laissant 1/3 de l'estomac.

24 décembre 1941. — 2e INTERVENTION : Dr Barraya (Belvédère).
Etranglement interne ; l'anse afférente est coudée par une bride au niveau de la fossette para-duodénale supérieure gauche de Jonesco. Suites normales.

1946. — Bon état.

16 octobre 1950. — 3e INTERVENTION : Dr Gaillard.
Néphrectomie gauche pour lithiase.

Janvier 1952. — Reprise des douleurs comme avant l'opération ; échec des traitements médicaux.

17 juin 1953. — 4e INTERVENTION : Dr Barraya (Belvédère).
Ulcère peptique sur la bouche. Résection du grêle. Anastomose termino terminale. Gastrectomie laissant 1/4 de l'estomac.
Sorti le 25 juin 1953.
Depuis bon état général. Parfois douleurs du même type qu'avant l'opération, mais moins violentes. Continue son travail avec un traitement médical.
A convoquer à nouveau.

Février 1958. — Travaille ; présente un très bon aspect général mais prétend présenter encore quelques douleurs à type d'acidité (qui partent de la bouche) mais sont calmées par l'alimentation
A priori, psychisme curieux.

OBSERVATION XXIII

M. G... Lucien, né en 1913. Dr Manoli

1939. — Dédut syndrômes douloureux.

1940. — 1re OPERATION : (dans une autre clinique.)
Gastrectomie avec anastomoses au bouton (Bilroth 2) plus jéjuno-jéju-

nostomie.
Depuis n'a plus souffert de l'estomac, mais de l'abdomen.

1943. — 2e OPERATION : Appendicectomie.
Soulagé pendant deux mois. Reprise des douleurs — type de coliques — Traitement médical inefficace.
ANT. : A vingt ans entérite. Durée quatre ans.
RADIO : Ulcère peptique net à la sortie de la bouche.

4 novembre 1945. — 3e OPERATION : Clinique Belvédère. Dr Barraya.
Ulcère de un centimètre de diamètre sur le bord postérieur de la bouche. Résection du grêle. Anastomose termino terminale. Gastrectomie Finsterer laissant 1/3 de l'estomac.
Sorti le 18 septembre 1945.

28 novembre 1945. — Engraissé de 8 kg 500. Bon état.

28 août 1947. — Douleurs violentes de l'hypochondre droit à type de coliques intestinales.

12 avril 1947. — Hématémèse violente.
RADIO : Image radiologique d'ulcère peptique sur la bouche.

15 mai 1951. — 4e INTERVENTION : Clinique Belvédère. Dr Barraya.
Ligature des vaisseaux de la grande courbure, plus Dragstedt par voie thoracique au lieu d'élection.
Sorti le 23 mai 1951.

19 juin 1951. — Très bien ; quelques nausées.

3 mai 1958. — N'a plus souffert de l'estomac. 4 à 5 repas par jour.
Poids stationnaire analogue à celui avant l'opération.
Boit du vin (mais du sien sans ennui).
Pas de régime sauf les sauces, les graisses cuites qui lui donnent de la migraine.

OBSERVATION XXIV

M. L... René, né en 1898

CAS PARTICULIEREMENT COMPLEXE

1930. — Trois à quatre crises douloureuses typiques chaque année.

Janvier 1939. — Méléna abondant. Le Dr Guttmann pose une indication opératoire.

Juin 1941. — 1re INTERVENTION : (à Lyon.) Gastrectomie type Kocher, Péan, Santy. Anastomose au bouton.
Le lendemain vomissements très abondants.
Quarante-huit heures après la première intervention :
2e INTERVENTION : Gastro-entérostomie postérieure trans méso colique avec une anse longue au bouton.

Septembre 1941. — Reprend son métier de Médecin.

Septembre 1942. — Nouvelles douleurs avec vomissements.
RADIO : Stase importante dans la première anse grêle.

5 avril 1943. — 3e INTERVENTION (à Lyon) : Adhérences importantes. On supprime la gastro-entérostomie. Craignant un rétrécissement de l'anse jéjunal ainsi détachée le chirurgien fait une jéjunostomie au bouton.
Convalescence de six mois.
Les douleurs réapparaissent, après chaque repas, nettement localisées à l'hypochondre droit, avec une voussure post-prandiale à ce niveau. Pas de reprise de poids.
Venu consulter à Paris, le malade apprend par la radiologie qu'il existe

une dilatation importante de la deuxième portion du duodénum ainsi que de la moitié droite de la troisième.

10 mai 1945. — 4e INTERVENTION : Anesthésie au cyclopropane.
On fait une duodéno-jéjunostomie à la suture en amont de la jéjuno-jéjunostomie qui est perméable.
Suites opératoires assez agitées.
A la suite de cette opération, le malade à l'impression que la douleur, améliorée à droite, s'accentue à gauche de l'ombilic et dans l'hypocondre gauche. Progressivement. Il lui devient difficile de supporter ce syndrôme nouveau. Il maigrit de trois kg et vien me consulter le

12 novembre 1946. — L'examen radiologique montre :
1° La poche gastrique résiduelle d'une hauteur de 10 cm environ.
2° Un fonctionnement normal de la sortie de l'estomac vers le duodénum.
3° La deuxième portion du duodénum est dilatée, ainsi que l'anse jéjunale dans laquelle elle se déverse. eCIle-ci est sténosée à 9 cm environ de la bouche duodéno-jéjunale.
Le malade souffre et dit qu'il ne peut supporter cet état. Vingt à vingt-cinq minutes après chaque repas, il présente des douleurs extrêmement diffuses au milieu desquelles il lui semble percevoi rla distension de l'angle duodéno-jéjunal et des parties attenantes du duodénum et du jéjunum, exclue par la duodéno-jéjunostomie.
Après étude de son cas avec le Dr Bergeret auquel le malade nous a pprié de demander avis, nous intervenons avec l'intention de remédier :
1° Au cercle vicieux créé par l'exclusion de l'angle duodéno-jéjunal, où le malade localisait sa douleur ;
2° A la sténose jéjunale que la radio a décelée.

11 avril 1946. — 5e INTERVENTION : Clinique du Belvédère. Dr Barraya. Assistance des Drs Folacci et Miniconi.
Après une libération des adhérences excessivement pénible, on arrive à exposer l'ensemble des lésions. On sectionne la duodéno-jéjunostomie dont on ferme la brèche sur le duodénum comme sur le jéjunum. Il existe deux sténoses, l'une à la hauteur des vaisseaux mésantériques avec rétro-dilatation importante du duodénum, l'autre immédiatement en aval de la jéjuno-jéjunostomie.
On sectionne la deuxième portion du duodénum au niveau de son quart inférieur. On ferme le D2 par trois plans au fil de lin, et l'on place sur le bout supérieur de la partie à enlever une ligature provisoire. On sépare du pancréas la partie inférieure de la deuxième portion, puis la troisième portion jusqu'aux vaisseaux mésentériques. On passe le duodénum sous ce pédicule artério-veineux et l'on réséque la quatrième portion du duodénum, l'angle duodéno-jéjunal et le jéjunum jusqu'en zone saine, au-delà du dernier rétrecissement. On a réséqué en tout 25 cm de grêle. Fermeture du bout distal par trois bourses superposées.
On termine par une anastomose du deuxième doudénum au jéjunum, latéro-latérale, très large (7 cm environ).
Les suites opératoires ont été normales. En une semaine la température était aux environs de 37°.
Depuis le malade nous a donné à plusieurs reprises des nouvelles.
Un examen radiologique pratiqué à Cannes nous montre que la bouillie barytée, après un arrêt très court dans l'estomac, de quelques secondes, se répand très rapidement dans les anses intestinales sur une très grande longueur.
Dans l'ensemble il va bien. Mais, suivant les aliments ingérés, il présente parfois un transit très rapide aboutissant à une selle. Dans d'autre cas, au contraire, il a l'impression d'une digestion pénible.
Le malade a été dans un état convenable jusqu'en 1950.

Avril 1950. — Nouvelles difficultés du transit. Il souffre immédiatement après les repas. Après mûres réflexions et de multiples consultations on décide

de transformer sa gastrectomie première en une gastrectomie de type Polya.

23 mai 1950. — 6e INTERVENTION : Dr Barraya.
Gastrectomie Polya.
Sorti le 5 juin 1950.
Depuis il m'a donné régulièrement de ses nouvelles jusqu'en janvier 1957. Il n'a plus maigri. Son état digestif n'est pas tout a fait normal, mais il est supportable.
Il travaille 4 à 5 heures par jour.
A consulter à nouveau.

Mars 1958. — Ce malade qui est médecin donne des renseignements précis, sinon exacts.
Dans l'ensemble il est satisfait puisqu'il travaille à peu près à mi-temps, ce qui lui était impossible avant l'intervention.
Une douleur, 1/2 à 1 heure après les repas « tout le repas va dans le duodénum et je souffre quand le duodénum se vide ».
Radiologiquement la baryte passe dans l'anse afférente.
Poids 55 à 56 kg (1 m 76).
Régime très strict.
Dans l'ensemble se considère comme beaucoup mieux qu'avant l'opération.

OBSERVATION XXV

M. L... Marcel, 47 ans. Dr Locquette

1935. — Début d'un syndrôme d'ulcère duodénal devenu progressivement sténosant. Image radiologique caractéristique en tréfle.

1947. — 1re OPERATION (à Draguignan) : Gastrectomie de la moitié de l'estomac. (Finsterer ou Polya.)

De 1947 à 1949. — Etat convenable.

1949. — Douleurs plus vives, surtout tardives.
Traitement médical sans succès.

Septembre 1950. — Vient consulter. Pas de trouble du transit.

29 septembre 1950. — 2e INTERVENTION : Dr Barraya (Belvédère). Dragsted par voie thoracique au lieu d'élection.
Sorti le 11 octobre 1950.
Pas de nouvelles depuis.
A convoquer à nouveau.

3 avril 1958. — A l'exception des pâtes mange de tout. Ne souffre plus du tout malgré un dur travail, « je ne crains aucune fatigue » (sic).
(Maréchal-ferrant.)

OBSERVATION XXVI

M. L... Honoré, né en 1910. Dr Chipponi

1949. — Syndrôme d'ulcère duodénal confirmé pa rexamen radiologique. D'abord supportable, cet état s'est aggravé et le malade a maigri de 10 kg ces derniers mois.

7 janvier 1952. — 1re OPERATION : Dr Barraya.
Gastrectomie Finsterer laissant 1/3 de l'estomac ; avec ablation de l'ulcère.
Sorti le 19 janvier 1952.

1952. — Bon état. Engraissé de 6 kg.

Mai 1953. — Douleurs apparues à nouveau, plus irrégulières, mais dans l'ensemble deux heures après les repas.
RADIO : **Ulcère peptique** net.
Traitement médical ; échec.

19 juin 1953. — 2e OPERATION : Dr Barraya (Belvédère).
Dragstedt au point d'élection par voie thoracique.
Sorti le 4 juillet 1953.

15 novembre 1954. — Très bon état. Engraissé de 20 kg.
A convoquer à nouveau.

26 mars 1958. — Le malade va très bien. Il travaille. Etat général excellent. Sujet très musclé. Souffre seulement s'il fait un écart alimentaire (éthyl).

OBSERVATION XXVI

M. L... Louis, né en 1899. Dr Gaglio

1945. — Syndrôme douloureux épigastrique tardif. 5 à 6 crises par an.
ANTECEDENTS :

1926. — Douleurs différentes, d'aspect vésiculaire.
RADIO : **Gros ulcère** du bulbe duodénal. Echec du traitement médical.

9 novembre 1946. — 1re OPERATION : Dr Barraya (Belvédère).
Gastrectomie en enlevant l'ulcère. Finsterer laissant 1/3 de l'estomac.
Sorti le 21 novembre 1946.

Août 1947. — Recommencé à souffrir beaucoup. Douleur irrégulière, souvent aspect de colique intestinale, diarrhée souvent. Maigrit de 6 kg 500 en un mois et demi.
RADIO : **Ulcère peptique** nettement visible sur le jéjunum.

31 janvier 1949. — 2e OPERATION : (Belvédère) Dr Barraya. Anesthésiste Dr Miniconi.
Dragstedt par voie thoracique au lieu d'élection.
Sortie le 12 novembre 1949.

31 mars 1949. — Meilleur état. Disparition de la niche radiologique. Anse efférente légèrement dilatée.

22 février 1951. — En septembre hemi-parésie gauche. Estomac en parfait état. Ne suit pas très bien son régime (repas non fractionnés ; fume et boit un peu).

26 novembre 1957. — Sensation pénible après les repas ; mais ne peut s'astreindre aux repas quotidiens.
Actuellement en traitement.

27 mars 1958. — Pas de douleurs gastriques. Quelques pesanteurs peu importantes. Fait un régime. Cinq repas par jour. Léger amaigrissement par rapport avant l'opération.

OBSERVATION XXVIII

M. M... Honoré, né en 1921 (Dr Ageon)

1949. — Crises douloureuses épigrastriques avec irradiation dorsale.

1951. — RADIO : **Ulcère duodénal.**
Souffre pratiquement toute l'année. Parfois hemorragies qui restent cependant sans gravité.
ANTECEDENTS :

1945 : Bronchopneumonie et pleurésie.

Novembre 1950. — 1re OPERATION : Appendicectomie. Echec de tous les traitements.

Fin 1951. — Les crises se sont rapprochées.

14 juillet 1951. — 2e OPERATION : Dr Barraya (Belvédère).
Gastrectomie (Finsterer) laissant 1/3 de l'estomac en enlevant l'ulcère.
Sorti le 23 décembre 1951.
Suites d'abord excellentes.

16 janvier 1953. — Douleurs rythmées s'intensifiant de plus en plus pour devenir subintrantes. Niche au niveau de la bouche, à l'examen radiologique.

29 janvier 1953. — 3e OPERATION : Dr Barraya (Hôpital Pasteur).
Opération de Dragstedt par voie thoracique au lieu d'élection.

9 avril 1954. — Le Dr Liaras d'Alger a vu le malade. « J'ai trouvé votre opéré en parfait état du point de vue digestif. »
A convoquer à nouveau.

22 mars 1958. — Aucune douleur gastrique. Pas de nausées. Se plaint de sa cicatrice thoracique au changement de temps.

OBSERVATION XXIX

M. M... Jean, né en 1915 (Dr Ayraud)

1948. — 1re INTERVENTION : (dans une autre clinique) perforation d'ulcère. Suture. Aucun prodôme ulcéreux.

Septembre 1949. — 2e INTERVENTION : (dans une autre clinique). Gastrectomie subtotale (Finsterer ou Polya).

Février 1950. — 3e INTERVENTION : (toujours par ailleurs). Appendicectomie.
Le malade continue a souffrir. Multiples traitements médicaux, sans succès.
RADIO : Ulcère peptique sur la bouche.

21 novembre 1950. — 4e INTERVENTION : (Pasteur) Dr Barraya. Anesthésiste Dr Miniconi.
Dragstedt par voie thoracique au lieu d'élection.
Sorti le 7 décembre 1950.

6 janvier 1951. — Excellent résultat fonctionnel. Le malade digère parfaitement bien.
A convoquer à nouveau.

8 février 1958. — Ne souffre plus. Bon appétit. Petits repas sinon impresson de ballonnement. Se couche 1/2 heure après les repas. Aucun régime.
A repris son travail. Poids stationnaire. Très bon aspect. Très satisfait.

OBSERVATION XXX

Mme M... Emilienne, née en 1896

1921. — Début progressif d'un syndrôme d'ulcère duodénal.

1931. — 1re OPERATION : (dans une autre clinique). Gastrectomie Finsterer avec ablation de l'ulcère. Ablation des 2/3 de l'estomac.

1940. — 2e OPERATION : Appendicectomie pour troubles abdominaux.
Mieux ensuite.

1943. — Douleur sans caractéristique spéciale, sourtout dans le bas ventre.

1946. — 3e OPERATION : (une autre clinique). Hystéropexie pour rétroversion.
Continue à souffrir.

29 mai 1947. — 4e INTERVENTION : Troubles vésiculaires ; cholecystectomie pour cholécystite chronique, sans calcul.
L'opérateur, le même que pour la première intervention, a constaté la présence d'un ulcère peptique ; a proposé une opération quelque temps après. La malade refuse.
Les troubles vésiculaires sont améliorés.

16 août 1947. — La malade nous consulte souffrant à nouveau d'un syndrôme épigastrique irrégulier, mais on en reconnaît certaines exacerbations post-prandiales.
Souffre au point de faire fréquemment de la morphine. Beaucoup maigri.
RADIO : (Dr Font). Ulcère peptique net à 3 cm au-dessous du cardia ; transit normal.

27 août 1947. — 5e OPERATION : Dr Barraya (Belvédère).
Opération de Dragsted par voie thoracique au lieu d'élection.
Sortie le 9 septembre 1947.

12 mars 1948. — Engraissé de plusieurs kilos ; excellent état ; malade très satisfaite.

26 octobre 1955. — A engraissé de 20 kg. Eventration de l'incision vésiculaire.

16 novembre 1955. — 6e OPERATION : Dr Barraya. Cure de l'éventration.
Sortie le 23 novembre 1955.

10 décembre 1955. — Etat pratiquement parfait.
A convoquer à nouveau.

OBSERVATION XXXI

M. M... Antoine, né en 1899 (Dr Visquis)

1941. — Un syndrôme douloureux apparaît. Il s'accentue en 1945.

1948. — 1re INTERVENTION : (à Antibes). Gastrectomie pour ulcère (Finsterer ou Polya) laissant 1/3 de l'estomac.
Très bien pendant six mois, puis rechute avec hemorragie.

1951. — 2e INTERVENTION : (dans une autre clinique). Cholecystectomie pour vésicule exclue, sans calcul.

Décembre 1951. — Hémorragie (la sixième depuis l'opération). Parfois vomissement de bile. Traitement médical avec des fortunes diverses. Puis les troubles reprennent.
RADIO : Estomac de gastrectomie subtotale normale. Niche triangulaire avec retrécissement en regard et aspect œdémateux des plis en aval.

22 novembre 1952. — 3e OPERATION : Dr Barraya (Pasteur).
Dragstedt par voie thoracique au lieu d'élection à signaler la présence d'un neurinome sur un des vagues au point d'élection de la résection.
Sorti le 3 mars 1952.

3 avril 1958. — Revu. Etat général moyen. N'a plus eu de crise du point de vue gastrique qui le gênait beaucoup auparavant.
Mange bien, n'importe quoi (2 repas par jour seulement). Fatigue importante post-prandiale, à chaque repas, qui l'oblige à rester deux heures allongé.
Si le repas est petit ce phénomène se produit quand même bien que moins longtemps.
Vomissements de bile une fois chaque deux mois environ.
Selle liquide presque à chaque repas, trois heures et demi après.
De 1952 à 1956 douleurs hypochondre droit puis syndrôme inflammatoire sous hépatique.
Opéré à Toulon (Dr Pedinelli) a été immédiatement soulagé.
Dans l'ensemble, a maigri de 12 à 13 kg.

OBSERVATION XXXII

M^lle M... Hermance, née en 1926. D^r Mathe

Février 1948. — Douleurs épigastriques post-prandiales avec amaigrissement. Une hématémèse de très grande importance.

Novembre 1949. — 1^re INTERVENTION : (dans une autre clinique). Gastrectomie (Polya ou Finsterer) anse précolique laissant les 2/3 de l'estomac.

Mars 1950. — Reprise des douleurs qui sont quotidiennes. S'accentuent au moment des repas, s'accompagnent de régurgitations acides.

Octobre 1951. — Exagération des douleurs.

Octobre 1952. — 2^e INTERVENTION : (dans une autre clinique). Appendicectomie.
Aucun soulagement. Echec des traitement médicaux.

3 février 1953. — 3^e INTERVENTION : (Hôpital Pasteur) D^r Barraya.
Ulcère peptique sur la bouche en arrière. Résection du grêle. Anastomose termino-terminale. Gastrectomie laissant entre 1/3 et 1/4 de l'estomac. Sorti le 21 mars 1953.

6 mai 1953. — La malade a présenté encore quelques pesanteurs épigastriques qui la gênent. Traitement médical.
A convoquer à nouveau.

22 mars 1958. — Hypopsychique, anxieuses douleurs diffuses, continues en des organes divers sans précision.
Aucun traitement. Aucun régime.
Avoue se trouver mieux dans l'ensemble mais son état psychique empêche d'en tirer une conclusion ferme.

OBSERVATION XXXIII

M. N... Paul, né en 1907, cuisinier. D^r Guttman

1947. — Syndrôme douloureux typique d'ulcère pylorique. Traitement médical sans résultat.
RADIO : Ulcère géant du pylore.

1848. — 1^re INTERVENTION : (dans une autre clinique). Gastroentérostomie. Convalescence très pénible. Le malade est fatigué pendant très longtemps.

Juillet 1952. — Très violente crise douloureuse avec vomissements. Le malade ne peut s'alimenter qu'avec peine. Aucun médicament n'agit pendant un mois, puis tout s'améliore.
EXAMEN RADIOLOGIQUE : Dilatation énorme de l'anse afférente et du duodénum. Sténose au niveau de la bouche.

5 décembre 1952. — 2^e INTERVENTION : Clinique du Belvédère. D^r Barraya. Ulcère peptique, plus sténose de la bouche, plus ulcère doudénal et éventration.
On trouve sur la bouche un ulcère perforé et bouché dans le méso colon. Résection du grêle. Anastomose termino-terminale. Finsterer laissant 1/4 de l'estomac. Cure de l'éventration.
Suites opératoires d'abord simples, puis très violente douleur dans l'hypochondre gauche.

29 décembre 1952. — 3^e INTERVENTION : D^r Barraya (Belvédère).
Dans l'hypochondre gauche à l'endroit où le malade accusait le maximum de douleur, on trouve une collection de liquide clair. On dégage et on libère facilement le tube digestif voisin. Sur le grêle fortement œdématié il existe un énorme ulcère perforé de 10 centimètres de long dont les bords sont taillés en emporte pièce et sont épais de 5 millimètres environ. Cet ulcère occupe le bord libre du grêle, il commence à un centimètre et

demi au-dessous de la suture gastro-jéjunale. On suture ces bords et on rabat l'anse grêle sous-jacente pour faire une plastie. Le tout au coton fin à points séparés.
La suture termino-terminale de l'anse afférente est presque invisible. Tous les points de coton fin sont entièrement recouverts par une séreuse d'aspect normal. Aucun rétrécissement de l'anse à ce niveau. On place un drainage capillaire aspiré par une incision séparée de l'hypochondre gauche.

19 février 1953. — A engraissé de plus de 4 kilos.
EXAMEN RADIOLOGIQUE : Evacuation normale. La branche de l'anastomosé présente un calibre légèrement diminué mais pas de trouble du transit.

6 mai 1953. — Syndrôme douloureux épigastrique irradiant au bas ventre, augmenté par les repas.

10 juillet 1953. — Ce mauvais état difestif persiste. Nous proposons à ce malade une opération de Dragstedt. Il retourne à Paris. Nous avons appris qu'il a été réopéré et qu'il est décédé pendant l'opération.

OBSERVATION XXXIV

M. P... Jean, né en 1904. Dr Coulomb

1933. — Syndrôme douloureux épigastrique avec vomissements. Traitement médical.

1951. — 1re INTERVENTION : (dans une autre clinique). Perforation d'ulcère. Suture.
Quatre mois après réapparition des douleurs, vomissements.

1952. — 2e INTERVENTION : (à Bordeaux). Gastroentérostomie.
Sept à huit mois plus tard réapparition des douleurs, constantes, sans caractère cyclique et sans rapport avec les repas. Elles persistent malgré le traitement médical.
ANTECEDENTS :

1950. — Pleurite droite.
RADIO : Ulcère du duodénum.

13 janvier 1955. — 3e OPERATION : Dr Barraya (Pasteur). Gastrectomie subtotale Finsterer laissant 1/3 de l'estomac.
Sorti le 1er février 1955.
Amélioration trois à quatre mois puis reprise des douleurs identiques à celles ressenties avant l'opération, avec vomissements. Traitement médical, sans succès.

12 février 1957. — 4e INTERVENTION : Dr Barraya. Dragstedt par voie thoracique au lieu d'élection.
Sorti le 3 mars 1957.
Les douleurs ont disparu.
A convoquer à nouveau.

26 février 1958. — A été bien deux mois après l'opération. Ivrogne invétéré (trois litres par jour).
Edenté.
Dix repas par jour faute de quoi il a une sensation de distension très désagréable.
Une fois ou deux par semaine vomissements aussitôt après le repas. Alternance diarrhée et constipation. Jamais de mœlena. A maigri de 4 kg depuis l'opération. Vit de sa pension.

OBSERVATION XXXV

M. R... Gino, né en 1892

1912. — Syndrôme douloureux épigastrique. Faim douloureuse. Période de cinq à six jours. Intervalle de deux à quatre mois.

1917. — Crise plus longue. Douleurs tardives.

1924. — Irradiations multiples.

1943. — Nouvelle aggravation. Aucune action des traitements médicaux. Maigrit de six kilos.

10 juillet 1944. — 1re INTERVENTION : (dans une autre clinique). Gastrectomie Polya laissant la moitié de l'estomac.
Les troubles recommencent en 1947.

20 mars 1947. — GASTROSCOPIE : Ulcère peptique au fond duquel ont voit un fil.

1er avril 1947. — RADIOGRAPHIE : Tache correspondant probablement à un ulcère peptique.

17 avril 1947. — 2e INTERVENTION : (Hôpital Pasteur). Dr Barraya.
Ulcère de la face antérieure de la bouche. Adhérences complexes. Résection du grêle. Anastomose termino-terminale. Recoupe gastrique laissant entre 1/4 et 1/3 de l'estomac. Gastrectomie Polya.
Sorti le 30 avril 1947. Bon état général.

18 septembre 1948. — Consulte à nouveau. Pesanteur post-prandiale. Traitement médical.

16 octobre 1948. — Dumping syndrôme.

13 avril 1957. — Vient consulter pour des hémorroïdes qu'on opère.
3e INTERVENTION : Cure chirurgicale.

9 mai 1957. — Assez bon état digestif.

13 juin 1957. — Troubles très supportables, mais le malade est cependant encore astreint à un traitement médical.

1er mars 1958. — Pas de douleur. Sensation de plénitude et de faiblesse après les repas, mais ne fait que trois repas par jour. Poids normal. Dans l'ensemble se trouve très bien.

OBSERVATION XXXVI

M. R... Joseph, né en 1916. Dr Marino

1936. — Début des crises douloureuses ulcéreuses typiques, tardives.

1938. — Aggravation.

1941. — 1re INTERVENTION : Appendicectomie.

1943. — 2e INTERVENTION : Réintervention pour adhérences. Résection du grêle.

1944. — 3e INTERVENTION : Réintervention pour libération d'adhérences.
Les interventions précédentes ont été faites dans une autre clinique. Les douleurs ne cessent à aucun moment.

29 janvier 1946. — 4e INTERVENTION : (Hôpital Pasteur). Dr Barraya.
Ulcère du duodénum perforé et bouché dans le petit épiploon. Gastrectomie Polya en dépassant l'ulcère.
Sorti le 11 février 1946. Revu périodiquement.

Décembre 1947. — Recommence à souffrir. Echec du traitement médical.

22 décembre 1949. — 5e INTERVENTION : (Hôpital Pasteur). Dr Barraya.
Dragstedt par voie thoracique au lieu d'élection.

14 janvier 1950. — Bon état général. Souffre un peu de sa cicatrice thoracique (On avait reséqué la 9e côte.)

1950. — Alternative de diarrhée et de constipation.

9 juin 1956. — Pas de douleur épigastrique.

15 février 1958. — Dans l'ensemble très satisfait. Cependant peu d'appétit. (Trois repas normaux.) Quelques pesanteurs post-prandiales. Poids satisfaisant. Léger amaigrissement depuis trois mois sans cause apparente.

OBSERVATION XXXVII

M. R.:. Pierre, né en 1887

1928. — 1re INTERVENTION : Gastroentérostomie pour ulcère duodénal.

1931. — Hématémèse.

1937. — 2e INTERVENTION : Tentavive de gastrectomie. On se contente d'une jéjuno-jéjunostomie.
Depuis, hématémèses fréquentes et graves. Etat général de plus en plus mauvais. Le malade a arrêté son travail depuis des mois et il est obligé de se faire plusieurs injections de morphine par jour.
Nous commençons à le soigner à cette époque.

Janvier 1947. — Crise plus violente. Dysentérie. L'état général s'aggrave très rapidement. Apparition de crachats bourrés de pneumocoques (labor. Ronchèse). On décide d'intervenir sous pénicilline, au protoxyde d'azote-oxygène-éther avec intubation.

30 janvier 1947. — 3e INTERVENTION : Clinique Belvédère. Dr Barraya.
On découvre la fistule gastro-jéjuno-colique, la gastroentérostomie, la jéjuno-jéjunostomie. Résection du grêle avec suture termino terminale. Gastrectomie (10 cm de petite courbure, 20 cm de grande courbure). En dernier lieu, après isolement soigneux, on résèque la perforation du côlon que l'on suture en trois plans avec épiplooplastie.
L'intervention a duré trois heures et demie. L'intubation étanche a permis de retirer au fur et à mesure les sécrétions bronchiques.
Les suites furent d'abord très normales. Température maxima à 38,1. Expectoration très abondante le quatrième jour, de laquelle, à notre grande surprise, nous voyons progressivement disparaître les pneumocoques. Le malade a été suivi de très près par M. Ronchèse lui-même au point de vue bactériologique.

10 novembre 1947. — Soit dix jours après l'intervention, on nous appelle la nuit à cause de l'apparition de douleurs intenses. Un examen radiologique immédiat nous permet de penser qu'il s'agit d'une péritonite, de façon évidente. Nous réintervenons dans les heures qui suivent
4e INTERVENTION : Dr Barraya.
Nous trouvons un large ulcère perforé à l'emporte-pièce, de l'anse afférente, à bords épaissis, à 1 cm et demi au-dessous de l'anastomose. Nous prélevons un des bords de l'ulcus pour examen histologique. A travers cet ulcère, nous trouvons sur la paroi opposée du jéjunum un autre ulcère non perforé, mais d'une netteté absolue.
Nous pratiquons, après suture directe de l'ulcère, une entéro-plastie avec une anse grêle voisine, à points séparés, au fil de lin, ceci pour éviter que l'enfouissement du premier plan de suture ne rétrécisse dangereusement l'anse efférente. Par précaution, nous ajoutons une coecostomie sur sonde de Pezzer.
Les suites opératoires ont été difficiles, non au point de vue thermique (puisque le maximum a été de 38° et qu'une température normale a été

atteinte au bout de huit jours), mais au point de vue des douleurs ressenties. Celles-ci ont été intenses, et il a fallu attendre le vingt-troisième jour pour que le malade puisse quitter la clinique.
De l'œdème malléolaire s'était d'ailleurs installé. La caescostomie s'est fermée spontanément.
Ce malade a été suivi depuis. Il n'a plus jamais souffert. Il a repris son travail à demi-temps, malgré son âge, en surveillant de près son alimentation, sauf pendant une période de quelques semaines, en 1952.

Janvier 1958. — Ne souffre pas ou à peine. Ne prend aucun médicament pour son estomac. Jamais d'hyperacidité comme auparavant. Travaille à temps partiel. (Dentiste, soixante et onze ans).
Examen radiologique : Circulation normale de la baryte.

OBSERVATION XXXVIII

M. S... Alexandre, né en 1909 (Dr Flavier)

1934. — Début des troubles douloureux.

1944. — Hémorragie.

1944. — 1re OPERATION : (Dans une autre clinique.) Gastrectomie de la 1/2 (Polya ou Finsterer).

1944-1946. — Excellent état.

1947. — Lourdeurs à la digestion. Douleurs hypochondre droit surtout (?).

1949. — Mélena.
RADIO : Ulcère peptique net, sur la bouche. Traitement médical sans succès.

20 avril 1949. — 2e INTERVENTION : Dr Barraya. Belvédère.
Volumineuse masse d'aspect inflammatoire à la face post de la bouche, centrée sur un ulcère de la ligne de suture.
1. Dragstedt au niveau du cardia.
2. Résection du grêle. Termino terminale.
3. Recoupe de l'estomac. Il reste un tiers de l'organe environ.
Sorti le 1er mai 1949.
Pas revu. A convoquer à nouveau.

Mars 1958. — Très bien jusqu'en décembre 1957.
Depuis soigné par le Dr Delort pour des douleurs survenant à 11 heures et 17 heures, calmées par les aliments.
Léger amaigrissement.
Radios : Image ulcéreuse pouvant faire penser à un ulcère sur la petite courbure. Rien de très net.

OBSERVATION XXXIX

M. T... Pierre, né en 1895 (Dr Rey)

1940. — Début crises fréquentes: Ulcère duodénal progressivement sténosant. Vomissements.

Juillet 1948. — 1re OPERATION : (Dans une autre clinique.) Gastrectomie avec l'ablation de l'ulcère.

1949. — Reprise des troubles. Douleurs précoces ou tardives. Vomissements bilieux et alimentaires.
Radio : Rétraction considérable de l'estomac vers le haut autour d'une image suspecte d'ulcère peptique.

ANTECEDENTS : Colonie. Paludisme. Petite dysenterie non identifiée.

4 juin 1951. — 2e OPERATION : Dr Barraya ; anesth., Dr Miniconi. Belvédère. Etant donné la rétraction gastrique vers le haut et la forme du thorax, on décide de faire d'emblée une exploration thoraco-abdominale à travers le lit de la neuvième côte. Phréno-laparotomie.
Enorme infiltration en arrière et à gauche de la bouche. Gros ulcère perforé et bouché en arrière vers le pancréas et les plans postérieurs, très près de l'angle duodéno jéjunale. On arrive à dégager l'estomac vers l'avant, en laissant le fond de l'ulcère sur les plans postérieurs. On dégage ensuite l'angle duodéno jéjunal suffisamment pour réséquer le grêle et faire une suture termino-terminale.
Finsterer avec une anse précolique. Reste environ un quart de l'estomac. Dragstedt sus-diaphragmatique, au lieu d'élection.
Sorti le 16 juin 1951.

29 juin 1951. — Quelques brûlures deux heures après les repas. Traitement médical.
Pas revu depuis (difficultés financières). A convoquer à nouveau.

11 avril 1958. — Va très bien. Travaille comme auparavant (auto-école). Mange très bien. Pas de régime. Ni grossi ni maigri. Malade de corpulence mince, mais s'en trouve bien.

OBSERVATION XL

M. T... Victor, né en 1893

Fin décembre 1942. — Syndromes douloureux tardifs calmés par le traitement médical.

Début 1943. — Reprise des douleurs. Ulcère pylorique.

22 mai 1943. — 1re INTERVENTION : Clinique Belvédère. Dr Barraya.
Ulcère du pylore. Gastrectomie Polya, laissant un tiers de l'estomac.

24 août 1943. — Vagues douleurs. Bon résultat du traitement médical.
Depuis, douleurs d'intensité variable, plus importantes en 1950.

29 novembre 1950. — 2e INTERVENTION : Dragstedt par voie thoracique au lieu d'élection.
Sorti le 10 décembre 1950.
Va mieux. Engraisse de 5 kilos.

3 août 1951. — Anémie à 3.640.000 globules blancs. Amaigrissement. Les radios montrent une image douloureuse qui, à notre avis, est un nouvel ulcère peptique.
A convoquer à nouveau.

Octobre 1951. — Décédé d'un néo de l'estomac.

Septembre 1951. — Laparotomisé sans succès dans une autre clinique.

OBSERVATION XLI

M. V... Emile, né en 1909 (Dr Miniconi)

1934. — 1re OPERATION : Perforation ulcère non précisé.

1942. — 2e OPERATION : Gastrectomie de la moitié de l'estomac (Finsterer ou Polya), sans ablation de l'ulcère.

1945. — 3e OPERATION : Perforation d'ulcère peptique. Suture.

1948. — 4e OPERATION : Perforation itérative. Suture. Appendicectomie.
Depuis, très bon état.

14 août 1949. — Brusque syndrome douloureux très violent que le malade identifie aux douleurs déjà perçues lors des précédentes perforations. Mise en aspiration. Nous voyons alors le malade pour la première fois.
RADIO : le 22 août 1949.

7 septembre 1949. — 5e INTERVENTION : Belvédère. Dr Barraya ; anesthésiste, Dr Miniconi.
Libération laborieuse des organes.
1. Ulcère duodénal persistant avec aspect en trèfle caractéristique sur un duodénum long. On résèque 5 cm de duodénum.
2. Dragstedt par voie abdominale à la hauteur du cardia.
3. Résection du grêle qui était très dilaté en amont de la bouche termino terminale.
4. Recoupe du moignon. Nouvelle gastrectomie Finsterer. Il reste un quart de l'estomac.
Sorti le 15 septembre 1949.

11 février 1954. — Nouvelles mal précisées (malade détenu en maison d'arrêt).

4 avril 1958. — Venu voir le Dr Barraya chez lui. « Je n'ai plus eu d'ennui d'estomac, je ne le sens plus. »
Sensation de ballonnement si repas trop important, mais ne se produisant pas si cinq à six repas par jour. Mange, boit normalement. Poids habituel.

OBSERVATION XLII

M. Z... Marcel, né en 1901 (Dr H. Nicolas)

1933. — Début des douleurs à type d'aigreurs irrégulières. Ces douleurs s'accentuent. Quelques vomissements surviennent.

9 octobre 1941. — 1re INTERVENTION : (Dans une autre clinique.) Gastrectomie pour ulcère duodénal perforant dans le pancréas. Polya laissant les trois quarts de l'estomac.
Sédation complète pendant un an et demi.

Avril 1943. — Reprise des douleurs, toujours irrégulières, par périodes de dix jours tous les deux à trois mois. Ces douleurs deviennent insupportables.

26 avril 1945. — 2e INTERVENTION : Hôpital Pasteur. Dr Barraya.
Ulcère de 3 mm de diamètre, exactement sur la ligne de suture. Résection du grêle. Anastomose termino terminale. Gastrectomie type Polya laissant un quart de l'estomac.
Sorti le 8 mai 1945.

20 avril 1946. — Revu en excellent état. A convoquer à nouveau.

22 mars 1958. — Disparu sans adresse.

OBSERVATION XLIII

M. Z... Jacques, 43 ans (Dr Ray)

1941. — Syndrome douloureux épigastrique tardif. Vomissements bilieux.
Radio : Ulcère du cardia.

1943. — 1re OPERATION : (Dans une autre clinique.) Gastrectomie en aval de l'ulcère.

1944. — Coliques.

1946. — Hémorragie.
2e OPERATION : (A Menton.) Gastrectomie plus étendue et jéjuno-jéjunostomie.

Soulagé pendant trois à quatre mois.

1951-1952. — Trois hémorragies. Douleurs hypochondre droit. Entré en état d'anémie à 2.280.000 globules rouges.

2 mai 1952. — 3e OPERATION : Dr Barraya ; anesth., Dr Miniconi. Clinique Belvédère.
Ulcère de la petite courbure immédiatement au ras du cardia, perforé et bouché sur les plans postérieurs. L'hypochondre étant anatomiquement peu accessible, on agrandit l'incision vers le thorax en réséquant la neuvième côte. Plèvre symphysée. On la dégage pour faciliter l'accès vers la face inférieure du diaphragme en amorçant une phrénotomie antérieure. Cela permet d'écarter mieux. Gastrectomie totale. Montage en simili estomac.
Sorti le 21 mai 1952.

10 juin 1952. — En excellent état. Quatre repas par jour. Impression d'aérophagie. Malade très attentif à son régime.

28 décembre 1954. — N'a plus de douleurs, mais vomit de la bile fréquemment, surtout le soir.
RADIO : Rien d'anormal. Le traitement médical est poursuivi.

11 avirl 1958. — Malade écrit : « Santé satisfaisante, mais délicate. Aérocolie. Impression de digestion trop rapide. Appétit assez bon.

OBSERVATION XLIV

Mme G... (Dr Delort)

1954. — Ulcère duodénal typique. Traitement médical inefficace, amaigrissement considérable.

Novembre 1955. — 1re INTERVENTION : (Dans une autre clinique.) Gastrectomie de moitié.
Après opération, a recommencé à souffrir après les repas, malgré une alimentation comportant plusieurs repas par jour.
Deux mois après s'installent des douleurs analogues à celles précédant l'opération.

Avril 1956. — Vomissement aqueux. Crises très pénibles. Maigrit de 6 kilos. Radio, pas d'image caractéristique.

Avril 1958. — 2e INTERVENTION : (Dr Barraya.)
Volumineux ulcère occupant la face postérieure et le bord droit de l'anastomose, perforé et bouché sur le pancréas et le mésocolon.
Résection du grêle qu' il faut sectionner à la partie moyenne du 4e duodénum.
Gastrectomie laissant un quart de l'estomac. On trouve au contact de l'ulcère un surget de 7 à 8 cm de long (fil de lin), comprenant une ligature de 4 mm de diamètre.

OBSERVATION XLV

M. S... Louis, né en 1904

1948. — Syndrome douloureux épigastrique d'ulcère typique du duodénum. Traitement médical inefficace.

1953. — 1re INTERVENTION (Dans une autre clinique.) Gastrectomie de moitié pour ulcère duodénal.
Bien jusqu'en 1955, puis quelques douleurs s'installent.

Juin 1957. — Douleurs plus violentes.

Novembre 1957. — Vomissements de matières fécales. Diagnostic : fistule gastro-jéjuno-colique.

Janvier 1958. — 2e INTERVENTION : Deux ulcères : l'un perforé et bouché contre le mésocolon en arrière ; l'autre, perforé dans le colon.
1. Résection du grêle.
2. Résection du pylore et duodénum restant, suture de l'orifice colique. Finsterer laissant un tiers de l'estomac.

Avril 1958. — Ne souffre plus. Mange cinq fois par jour. Prend rapidement du poids.

OBSERVATION XLVI

M. N... Vsovold, né en 1889 (Dr Grandjacquot)

1930. — Syndrome ulcéreux gastrique.

1935. — 1re INTERVENTION : (Dans une autre clinique.) Gastrectomie pour ulcère.

1946. — 2e INTERVENTION : (Dans une autre clinique.) Cure chirurgicale d'une éventration.

1948. — 3e INTERVENTION : (Dans une autre clinique.) Nouvelle intervention sur l'estomac.

Mai 1955. — Rentre à l'hôpital avec un syndrome d'ulcère peptique. Traitement médical à plusieurs reprises, qui améliore légèrement le malade.

Mars 1958. — Hématémèse et moeléna important. Décès, deux jours après.

NECROPSIE : Volumineux ulcère peptique perforé, bouché dans la paroi abdominale antérieure.
Il s'agissait d'une anastomose type Polya précolique avec jéjuno-jéjunostomie.

XII. - CONCLUSIONS

Nous avons rapporté 46 cas de récidives d'ulcères après gastrectomie. Les observations minutieusement étudiées permettent un certain optimisme : 75 % des malades ont été améliorés par la thérapeutique chirurgicale.

Voyons le problème dans son ensemble :

1) Cette catégorie d'ulcères constitue pour la gastrectomie l'échec élémentaire : la récidive de la maladie initiale.

2) La fréquence est peu importante : 1 % dans l'ensemble des statistiques.

3) Cette lésion est encore curable.

a) Le traitement médical réussit souvent. Le traitement chirurgical ne sera entrepris qu'après l'échec du traitement médical. Avant de s'y décider, il faut en juger sainement. Un malade dont la vie est supportable avec un traitement médical a tout intérêt à persister.

b) Le traitement chirurgical, lorsqu'on y est contraint, laisse encore une chance appréciable de succès : 75 % des malades sont améliorés.

4) Les indications ne doivent pas être posées sans une enquête précise : clinique, radiologique, cinéradiographie.

a) Si les troubles paraissent pouvoir être attribués à une malposition des éléments de la gastrectomie, il faut reprendre celle-ci par voie abdominale.

b) Même tactique si la récidive semble due à un moignon laissé trop long ou à une persistance de l'antre ou du premier duodénum.

c) Si l'ulcère récidivant paraît seul en cause, l'opération de choix semble être la vagotomie par voie thoracique.

d) Si le diagnostic étiologique n'est pas certain, c'est la voie abdominale qu'il faut encore adopter.

Dans l'ensemble, il faut se montrer très économique de l'étoffe gastrique, le confort digestif dépend de son étendue.

Il n'y a donc rien à changer à l'indication générale de la gastrectomie. Cependant les complications qu'elle comporte et que

vingt années de recul permettent de mieux juger aujourd'hui, expliquent le renouveau des techniques mineures, en particulier chez les sujets jeunes.

Une question peut être soulevée :

Puisqu'il existe des récidives d'ulcères, n'aura-t-on pas intérêt à essayer de les éviter d'emblée, en adoptant une autre opération ou en joigant dès le début une opération de Dragstedt à la gastrectomie ?

Cela paraîtrait exessif, car rien n'est absolu dans la thérapeutique actuelle de l'ulcère. Devant ce fait incontestable, il faut rester prudent, ménager l'étoffe gastrique, s'en tenir si possible d'abord à des opérations moins mutilantes et reversibles. En somme, vue sous cet angle, un peu différent, la thérapeutique aboutit aux mêmes conclusions.

Lu et approuvé
Le Président du Jury
R. DE VERNEJOUL.

Vu et approuvé
pour le Doyen
l'Assesseur
J. DELPHAUT.

Vu et permis d'imprimer
Aix, le 19 juin 1958
Le Recteur
J. BLACHE

BIBLIOGRAPHIE

1. ARVAY N. — L'ulcère peptique post-opératoire. *Presse méd.* (Atlas radiol. clin.), 20 nov. 1957, 65, n° 84, 1-4, 16 fig.
2. BARRAYA L. — Les ulcères peptiques, la notion d'ulcère de réception ou de rodage. Mars. *Chir.* n° 4 ,sept-oct. 1952, pp. 485-488.
3. BERGERON A. — Ulcère de la petite courbure après gastrectomie. *Arch. Mal.* App. dig., nov. 1957, 46, n° II, pp. 1205-1208.
4. BERNAY P. et HOUVER A. — Sur le traitement médical de l'ulcère peptique après gastrectomie. A propos de quatre observations. *Arch. Mal.* App. dig., sept. 1957, 46, n° 9, pp. 886-889.
5. BERTRAND P. et DE MOURGUES G. — Ulcère peptique et opération de Dragstedt. *Lyon chir.*, mars-avril 1948, 43, n° 2, p. 239.
6. BIANAY L. — Un nouveau cas d'ulcus peptique après gastrectomie. *Lille chir.*, mars-avril 1949, 4, n° 20, pp. 101-103.
7. BRACCO L. — Considérations sur la soi-disant « période ulcéreuse ». A propos de l'ulcère peptique postopératoire tardif. *Minerva chir.*, 31 mars 1953, 8, n° 6, pp. 235-246.
8. BRACKNEY E.-L., CAMPBELL G.-S. et WANGESTEEN O.-H. — Rôle de l'exclusion de l'antre dans le développement de l'ulcère peptique de l'abouchement. *Proc. Soc. Exper. Biol. Med.*, juin 1954, 86, n° 2, pp. 273-277 (Bibliogr.).
9. CHARRIER J. et GUTMANN R. — L'ulcus peptique après gastrectomie. *J. Méd.* Bordeaux, fév. 1949, 126, n° 2, pp. 85-87.
10. CHARRIER J. et GUTMANN R. — L'ulcus peptique après gastrectomie. *Arch. Mal.* App. dig., nov. 1948, n^{os} 11-12, pp. 779-781.
11. CLAVEL C. et BARBIER J.-M. — Ulcère peptique après gastrectomie pour ulcère perforé. *Lyon chir.*, oct. 1954, 49, n° 7, pp. 840-841.
12. COURT et GAUDEFROY. — Sur un cas d'ulcère peptique se perforant 18 jours après gastrectomie. *M. A. C.* 72, 1946, pp. 208-210.
13. CORAJOD E. — Ulcères peptiques après gastrectomies. *Lyon chir.*, mai-juin 1948, 43, n° 3, pp. 329-331.
14. COSTANTINI. — Ulcère peptique après opération de Péan. *Afrique franç. chir.*, nov.-déc. 1949, n^{os} 9-10, pp. 228-229.
15. DAUMERIE et al. — Vagotomie et ulcère peptique. *Acta gastro-entérol. belg.*, mai-juin 1949, 12, n^{os} 5-6, pp. 406-409, 5 fig.
16. DRAGSTEDT L. R. et FEIT R. — La vagotomie gastrique, dans le traitement de l'ulcère peptique. *Lyon chir.*, août-sept. 1954, 49, n° 6, pp. 641-649, 4 fig.
17. DRAGSTEDT L. R. et HARRY A. — New physiologic concepts related to the surgical treatment of duodenal ulcer by vagotomy and gastroenterostomy. *S. G. O.*, août 1955, vol. 101, pp. 194-200 (Bibliog.).
18. DRAGSTEDT L. R. et STANLE P. RIGLER. — Pyloric, Stenosis and gastric ulcer. *Arch. of Surg.*, Aug. 1955, vol. 71, pp. 191-195, 2 fig.
19. DRAGSTEDT L. R. et John H. LANDOR. — Experimental studies on the secretions of the isolated duodenum. *Arch. of Surg.*, nov. 1955, vol. 71, pp. 722-736, 3 fig. (Bibliog.).
20. DRAGSTEDT L. R. et R. WOODWAR. — The function of the gastric antrum in health and disease. *Arch. of Surg.*, July 1955, vol. 71, pp. 136-142.

21. DRAGSTEDT L. R. — Bulletin of the Medical society of the country of Monroe, septembre 1955.

22. DRAGSTEDT L. R. et RAGINS. — Quantitative Studies on the effect of gastric resection on secretion of gastric juices. *Arch. of Surg.*, February 1957, vol. 74, pp. 266-272, 5 fig. (Bibliog.).

23. DUBARRY J., GRENET H. et BOULIN. — Ulcère peptique récidivant et double après gastro-entérostomie puis gastrectomie. Guérison apparente après vagotomie double sous-diaphragmatique. *Arch. Mal. App. dig.*, sept-oct. 1951, 40, nos 9-10, pp. 1067-1070.

24. DUBARRY J. J. et DUBARRY E. — Sur huit cas d'ulcères peptiques post-gastrectomie. *Arch. Mal. App. dig.*, sept.-oct. 1951, 40, nos 9-10, pp. 1071-1074.

25. DUBARRY J.-J. et DUBARRY E. — Réflexions sur les résultats thérapeutiques dans l'ulcère peptique. Les possibilités et les limites du traitement médical (à propos de 23 cas), *J. Radiol. Electrol.*, juill.-août 1956, 37, nos 7-8, pp. 709-710.

26. DUROUX P.-E. — Entérectomie et gastrectomie d'urgence pour ulcère peptique perforé. *Lyon chir.*, juill.-août 1948, 43, no 4, pp. 470-472.

27. EDELMANN G. — La perforation en péritoine libre des ulcères peptiques post-opératoires. (UP). *Sem. Hôp.* Paris, 10 oct. 1948, 24, no 76, pp. 2.430-2436 (Bibliog.).

28. FLETCHER D.-G. et HARKINS H.-N. — Ulcère peptique aigu en tant que complication de la grande chirurgie, du stress ou du traumatisme. *Surgery*, août 1954, 36, no 2, pp. 212-226, 3 fig. (Bibliog.).

29. FONTAINE R., WARTER P., APPRILL G. et RABER R. — Etude radiologique de 16 cas d'ulcères peptiques post-opératoires opérés en trois ans. (1947-1949). *J. Radiol. Electrol.* 1951, 32, nos 3-4, pp. 423-426, 7 fig. (Bibliog.).

30. FROEHLICH F. — Suites immédiates des opérations de DRAGSTEDT pour ulcères gastro-duodénaux. *Prog. Méd.*, T. 75, no 6, 24 mars 1947, p. 147.

31. GASCON A.-D. et FIGA-FAURE J. — Trois cas d'ulcères peptiques récidivants. Résultats favorables par la correction de l'erreur technique commise à la première intervention. *Rev. clin. espan.*, 31 mars 1951, 40, no 6, pp. 400-402, 4 fig. (Bibliog.).

32. GIRARD M. et MONTBARBON J. — Valeur des signes radiologiques dans le diagnostic de l'ulcère peptique. A propos d'une statistique de 57 cas. *Arch. Mal. App. dig.*, janv. 1952, 41, no 1, pp. 128-131.

33. GIRARD M. et MONTBARBON J. — Valeur des signes radiologiques dans le diagnostic de l'ulcère peptique. *J. Méd. Lyon*, 5 oct. 1951, no 762, pp. 875-899, 14 fig.

34. GORDET G., GORDET A. (Mme) et THAL H. — Ulcères peptiques après gastrectomie. Etude clinique et radiologique. *Presse méd.* 25 décembre 1952, 60, no 82, pp. 1806-1808, 12 fig. (Bibliog.).

35. GOVAERTS J. — Le traitement chirurgical de l'ulcère peptique. *Acta gastro-entérol. belg.*, sept.-oct. 1949, 12, nos 9-10, p. 613.

36. GOVAERTS J. — Le traitement chirurgical de l'ulcère peptique. *Acta gastro-entérol. belg.*, sept.-oct. 1949, 12, nos 9-10, pp. 589-596 (Bibliog.).

37. GARDE J. — *Thèse*, Lyon, 1955.

38. GRANT DAILEY. — La phrénovagotomie dans le traitement de l'ulcère peptique. *Bordeau, Chir.*, no 4, octobre 1952, pp. 63-64.

39. GRASSI (Rome). — Ulcères post-opératoires précoces, perforés. *Analyse J. C.*, 62, p. 470, 1946.

40. GRIMAUD, LAPEYRERE J. et DAVIDOVITCH P. — Considérations sur les conditions d'apparition d'ulcère peptique après gastrectomie pour ulcère. *Arch. Mal. App. dig.*, avril 1957, 46, n° 4, pp. 348-353.

41. GUILLET R., BARRIE J. et BUFFARD. — Ulcère peptique après gastrectomie. Vagotomie bilatérale. Résultat immédiat. *Lyon. chir.*, mars-av. 1948, 43, n° 2, pp. 230-231.

42. HETENYL G. — Le rôle de l'histamine dans le développement de l'ulcère peptique. *Gastroentérologia*, 1956, 86, n° 4, pp. 489-493, 5 fig. (Texte anglais).

43. JOLY R. — Réflexions à propos de deux cas de perforation d'ulcère peptique. *Acta chir. belg.*, déc. 1949, 47, n° 9, pp. 645-651.

44. KANOUI F. — Etat actuel de la chirurgie de l'ulcère gastro-duodénal. *Presse médicale*, 10 juin 1953, n° 40, pp. 829-830.

45. KROPFF, CORNIERE, BRUNELIERE. — Vagotomie bilatérale et gastro-entérostomie dans le traitement des ulcères duodénaux (53 cas). *Arc. Mal. App. dig.*, tome 45, n° 6, pp. 663-667.

46. LAMBLING A. et GUERET A. — Contribution à l'étude radiologique de l'ulcère peptique post-opératoire. La valeur post-opératoire. La valeur diagnostique des modifications de calibre de l'anse ulcérée (rétrécissement et dilatations bursiformes). *Arch. Mal. App. dig.*, mars 1954, 43, n° 3, pp. 273-284, 8 fig. (Bibliog.).

47. LAMBLING A., SOULLARD J., LEHMANN M. — A propos des résultats éloignés des gastrectomies de Péan. *Arch. Mal. App. dig.*, tome 46, n° 12, déc. 1957, pp. 1304-1309.

48. LIEBER C.-S. et BROMBART M. — Ulcus peptique sur gastrectomie imparfaite. Rétrocession clinique et radiologique après traitement médical. *Acta gastro-entérol. belg.*, nov. 1957, 20, n° 11, pp. 910-917 (Bibliog.).

49. LIGDAS E. — A propos de la pathogénie et du traitement chirurgical de l'ulcère peptique du jéjunum. *Chir.* juin 1955, 26, n° 6, pp. 247-252, 5 fig. (Bibliog.).

50. MARSHALL S. F. et TERRELL G. K. — L'ulcère récidivant post-opératoire. *Surg. Clin. North Amer.*, juin 1957, pp. 653-663, 8 fig. (Bibliog.).

51. MAYO. — Livre 1955. The physiologic basis of operations for duodenal, gastric and gastrojejunal ulcer.

52. MERIEL E. — Comment éviter l'ulcère peptique après la gastrectomie ? *Concours méd.* 4 sept. 1948, n° 36, pp. 1759-1762.

53. MICHOTEY. — *Thèse*, Marseille 1953.

54. MERIGOT et PATRY. — Perforation d'ulcère jéjunal survenue deux mois après une gastrectomie. *M. A. C.* 72, pp. 500-501, 1946.

55. MOUTIER F. — Ulcères et ulcérations gastriques et jéjunales après gastrectomie. *Acta gastro-entérol. belg.*, sept.-oct. 1950, 13, n°s 9-10, pp. 973-979.

56. MULLER. — Les complications de la gastrectomie dans la période post-opératoire immédiate. *Presse méd.*, 3 mars 1956, n° 18, pp. 403-405.

57. MOUCHET A. — 21 cas de rétablissement du circuit duodénal par interposition jéjunale primitive ou secondaire après gastrectomie subtotale. *Arch. Mal. App. dig.*, déc. 1957, tome 46, n° 12, pp. 1299-1304.

58. NOBERTO, M. STAPLER. — Valeur actuelle des anti-cholinergiques dans le traitement de l'ulcère peptique. *Arch. Mal. App. dig.*, tome 45, n° 11, nov. 1956, pp. 377-385.

59. NICOTINE. — Adhérences gastro-intestinales consécutives à un ulcère peptique post-operatoire à la suite d'intervention avec anastomose gastro-jéjunale. *Khirourguiia* (russe), 1955, n° 7, pp. 37-40.

60. ORFALI J. — Echec de l'opération de Moroney, dans le traitement des ulcères récidivants après gastrectomie et vagotomie associées. *Mém. Acad. Chir.*, 3-10, juill. 1957, 83, nos 21-22, pp. 637-640.

61. PONS H., DAVIDOVITCH et ROULEAU. — Pathogénie de l'ulcère post-opératoire du jéjunum. *Paris méd.*, avril 1951, pp. 213-218 (Bibliog.).

62. PEYCELON R. et GUILLEMIN G. — Sur les ulcères peptiques post-opératoires. *Lyon chir.*, juill. 1955, 50, no 5, pp. 570-575.

63. PEYCELON, LEVRAT et BERNAY. — Documents radiologiques sur l'opération de DRAGSTEDT pour ulcère peptique récidivant après gastrectomie. *Arch. Mal. App. dig.*, juill.-août 1955, 44, nos 7-8, pp. 948-950.

64. PERROTIN J. — Synthèse des rapports et communications. *Arch. Mal. App. dig.*, vol. 74, no 12, déc. 1957, pp. 1320-1324.

65. PLENK A. et SCHROM H. — Résultats définitifs et ulcère jéjunal peptique après résection pour exclusion. *Zbl. chir.*, 1951, no 24a, pp. 1694-1697, 2 tabl. (Bibliog.).

66. PONS H., DAVIDOVITCH et ROULEAU. — Pathogénie de l'ulcère post-opératoire du jéjunum. *Paris méd.*, 21 avril 1951, 41, no 15, pp. 213-218 (Bibliog.).

67. QUEINNEC A. — Ulcère peptique après gastrectomie pour ulcère perforé. *Lyon chir.*, juill. 1955, 50, no 5, pp. 595-598.

68. RENON C. et PERRUCHIO P. — 1° Le traitement de l'ulcère peptique après gastrectomie, perforé en péritoine libre. 2° La place des larges résections gastriques d'emblée dans la cure de l'ulcère peptique perforé après gastro-entérostomie. *Mém. Acad. Chir.*, 22 déc. 1948, 74, no 35, pp. 781-795 (Bibliogr.).

69. RIBEIRO E. B. — Ulcère jéjunal post-opératoire. *J. int. coll. surg.*, av. 1952, 17, no 4, pp. 541-550, 3 fig.

70. RISTELHUEBER J. et MOYGUE J. — Ulcère peptique jéjunal après intervention correctrice type Biebel-Henley pour séquelles de gastrectomie. *Arch. Mal. App. dig.*, sept. 1956, 45, no 9, 186.

71. ROUX G., BAUMEL H. (Montpellier). — La gastro-jéjunostomie coronaire avec éperon dans la gastrectomie pour ulcère. *Arch. Mal. App. dig.*, déc. 1957, tome 46, no 12, pp. 1297-1299.

72. RUFFO A. et PAGE V. (de). — Les résultats à distance des interventions pour ulcère peptique post-opératoire (contribution clinique portant sur 65 cas). *Minerva méd.*, 2 mai 1953, 44, no 35, pp. 1145-1152, 12 fig. (Bibliogr.).

73. SAMAIN A. — Perforation en péritoine libre d'ulcère peptique post-opératoire. *Acta, chir. belg.*, fév. 1948, 47, no 2, pp. 133-135, 1 fig. (Bibliogr.).

74. SANTY P. et DUROUX P. E. — L'ulcère peptique post-opératoire chez la femme. *Lyon, chir.*, janv. 1951, 46, no 1, pp. 101-104.

75. SARLES E. et H. — Ulcère peptique après gastrectomie avec sténose et l'anse afférente et énorme dilatation duodénale. *Arch. Mal. App. dig.*, nov. 1950, 39, no 11, 1174-1176, 1 fig.

76. SAVY P. et al. — Deux cas d'ulcère peptique récidivant l'un à trois reprises, l'autre à cinq reprises. *Lyon méd.*, 13 fév. 1949, 181, no 7, pp. 103-109.

77. SENEQUE J. — Ulcus peptique perforé en péritoine libre après gastrectomie. Suture de la perforation. Récidive de l'ulcus peptique. Gastrectomie large. Guérison. *Mém. Acad. Chir.*, 23 fév.-2 mars 1949, 75, nos 7-8, pp. 211-213.

78. SOUSA PEREIRA A. (de). — Facteur neuro-vasculaire dans l'ulcère peptique. *Lyon, chir.* 1956, 52, no 2, pp. 446-460, 7 fig. (Import. bibliogr.).

79. STAPLER N. M., DOLCINI H. A., ARABEHETY J. et DUNCAN C. R. — Valeur actuelle des anticholinergiques dans le traitement de l'ulcère peptique

et de certaines affections de l'appareil digestif. *Arch. Mal. App. dig.*, nov. 1956, 45, n° 11, pp. 377-384.

80. THOMPSON J. E. — L'ulcère du stoma après chirurgie gastrique. *Ann. Surg.*, mai 1956, 143, n° 5, pp. 697-707, 8 fig. (Bibliogr.).

81. VERNEJOUL R. (de). — Ulcères peptiques après gastrectomies. *Arch. Mal. App. dig.*, juin 1951, 40, n° 6, pp. 806-868.

82. VERNEJOUL R. (de), et COURBIER. — Les ulcères gastro-jéjunaux après gastrectomie (68 cas). *Rev. chir.*, tome 74, nos 11-12, nov.-déc. 1955, pp. 317-333, 4 fig.

83. TIBERI. — *Thèse*, Marseille 1957.

84. WATKINSON G. — Etude des modifications du pH du contenu gastrique dans l'ulcère peptique, d'après le repas test de 24 heures. *Gastroenterology*, juill. 1955, 18, n° 3, pp. 367-390, 10 fig. (Bibliogr.).

85. WILLEMS E., OMEZ Y. et CORNAET. — Ulcère peptique après gastrectomie avec conservation du bulbe. *Arch. Mal. App. dig.*, sept.-oct. 1949, 38, nos 9-10, pp. 995-997, 1 fig.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !